

FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année 1964 — N° 191

---

# L'ANOREXIE MENTALE

---

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

*et soutenue publiquement le 8 Décembre 1964*

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

**Alfred KHATTAR**

*Diplômé de la Faculté de Médecine de Lyon*

Né le 26 Novembre 1927, à AIN-EL-DELB (Liban)



LYON

Imprimerie BOSC Frères  
42, quai Gailleton, 42

—  
1964



# **L'ANOREXIE MENTALE**

---

**THÈSE**

**PRÉSENTÉE**

**A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON**

*et soutenue publiquement le 8 Décembre 1964*

**POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE**

**PAR**

**Alfred KHATTAR**

*Diplômé de la Faculté de Médecine de Lyon*

**Né le 26 Novembre 1927, à AIN-EL-DELB (Liban)**



**LYON**

**Imprimerie BOSC Frères  
42, quai Gailleton, 42**

**1964**

# FACULTE MIXTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

## PERSONNEL DE LA FACULTE

|                         |                                             |
|-------------------------|---------------------------------------------|
| Doyens Honoraires ..... | M. J. LEPINE, Membre de l'Institut.         |
| Doyen .....             | M. H. HERMANN, Correspondant de l'Institut. |
| Assesseurs .....        | M. J.-F. CIER.                              |
|                         | MM. M. LEVRAT et L. REVOL.                  |

Professeurs Honoraires : MM. COLLET, GUIART, PATEL, LEPINE, TRILLAT, MOURIQUAND, MAZEL, GARIN, GATE, MARTIN, GABRIELLE, SANTY, DUCLOS, GUILLEMINET, HERMANN, ROCHET, POLLOSSON.

## PROFESSEURS

|                                                                |                            |                                                                  |                 |
|----------------------------------------------------------------|----------------------------|------------------------------------------------------------------|-----------------|
| Clinique urologique .....                                      | MM. CIBERT.                | Clinique chirurgicale orthopédique et traumatologique .....      | MM. CREYSSSEL.  |
| Physique biologique .....                                      | PONTHUS (dét. à Beyrouth). | Clinique carcinologique ..                                       | DARGENT.        |
|                                                                |                            | Anatomie pathologique ..                                         | GUICHARD.       |
| Clinique neuro-psychiatrique et hygiène mentale ..             | DECHAUME.                  | Pathologie générale et expérimentale .....                       | GIRARD Paul.    |
| Chimie organique et toxicologie .....                          | CHAMBON.                   | Anatomie .....                                                   | LATARJET.       |
| Clinique chirurgicale P ..                                     | WERTHEIMER.                | Pathologie chirurgicale ..                                       | PEYCELON.       |
| Clinique médicale B ....                                       | PAUPERT-RAVAULT.           | Clinique médicale D ....                                         | GIRARD Marcel.  |
|                                                                |                            | Pathologie médicale ....                                         | VACHON.         |
| Clinique et prophylaxie cardio-vasculaires ....                | FROMENT                    | Physio-pathologie des voies respiratoires .....                  | GALY.           |
| Clinique médicale C ....                                       | CROIZAT.                   | Radiologie .....                                                 | PAPILLON.       |
| Chimie biologique et médicale .....                            | ENSELME.                   | Clinique médicale infantile et hygiène du 1 <sup>er</sup> âge .  | JEUNE.          |
| Clinique chirurgicale A ..                                     | MALLET-GUY.                | Hydrologie thérapeutique, climatologie et écologie sociale ..... | GONIN.          |
| Pharmacie galénique ....                                       | REVOL.                     | Bactériologie .....                                              | MONNET.         |
| Clinique obstétricale ....                                     | PIGEAUD.                   | Physiologie et pathologie obstétricales .....                    | BANSSILLON.     |
| Médecine du travail ....                                       | BOURRET.                   | Physiologie B .....                                              | CHATONNET.      |
| Clinique médicale A ....                                       | LEVRAT.                    | Clinique endocrinologique .                                      | GUINET.         |
| Hygiène et action sanitaire et sociale .....                   | SOHIER.                    | Clinique de chirurgie orthopédique .....                         | TRILLAT         |
| Botanique et cryptogamie .                                     | NETIEN.                    | Clinique stomatologique .                                        | FREIDEL.        |
| Clinique chirurgicale C ..                                     | BERTRAND.                  | Clinique de chirurgie et d'orthopédie infantiles .               | MARION          |
| Chimie analytique pharmacaceutique .....                       | BADINAND.                  | Matière médicale et législation pharmaceutique .                 | Joseph.         |
| Pharmacie chimique et pharmacologie .....                      | DREVON.                    | Histologie et embryologie .                                      | DORCHE.         |
| Médecine légale et déontologie .....                           | ROCHE.                     | Chimie .....                                                     | DUMONT Louis.   |
| Parasitologie et pathologie exotique .....                     | COUDERT.                   | Physiologie A .....                                              | PERROT.         |
| Clinique d'oto-rhino-laryngologie et d'audio-phoniologie ..... | MOUNIER-KUHN.              | Thérapeutique chirurgicale et chirurgie opératoire .             | CIER J.-F.      |
| Clinique ophtalmologique .                                     | PAUFIQUE.                  | Clinique de chirurgie cardiaque .....                            | PERRIN J.       |
| Clinique de dermatologie, syphiligraphie et allergologie ..... | THIERS.                    | Clinique des maladies infectieuses .....                         | MICHAUD Pierre. |
| Clinique de pneumo-phthisiologie .....                         | BRUN.                      | Biologie médicale et pharmacodynamie .....                       | X...            |
|                                                                |                            | Clinique gynécologique ..                                        | X...            |
|                                                                |                            | Thérapeutique .....                                              | X...            |

## PROFESSEURS A TITRE PERSONNEL

|                                                  |               |
|--------------------------------------------------|---------------|
| Physique nucléaire appliquée à la médecine ..... | MM. BERGER.   |
| Bactériologie .....                              | BERTOYE.      |
| Neuro-chirurgie .....                            | MANSUY.       |
| Chimie générale et pharmaceutique .....          | COLLET.       |
| Clinique de pédiatrie et puériculture .....      | SARROUY.      |
| Hygiène et climatologie .....                    | LACROIX.      |
| Clinique chirurgicale propédeutique .....        | LIARAS.       |
| Neuro-chirurgie .....                            | LECUIRE.      |
| Médecine générale .....                          | REVOL.        |
| Thérapeutique chirurgicale .....                 | GOINARD.      |
| Pharmacie chimique et Pharmacologie .....        | CIER André.   |
| Médecine générale .....                          | PONT Maurice. |

## PROFESSEURS SANS CHAIRE

|                                |              |
|--------------------------------|--------------|
| Parasitologie .....            | MM. ROMAN.   |
| Anatomie pathologique .....    | FEROLDI.     |
| Physique biologique .....      | MORET.       |
| Botanique et cryptogamie ..... | ODDOUX.      |
| Chimie analytique .....        | de SOLLIERS. |
| Médecine générale .....        | DESPIERRES.  |
| Médecine du travail .....      | TOLOT.       |
| Parasitologie .....            | GARIN.       |

## MAITRES DE CONFERENCES AGREGES TITULAIRES

|                                                         |                      |                                                  |             |
|---------------------------------------------------------|----------------------|--------------------------------------------------|-------------|
| Chimie biologique .....                                 | MM. CREYSSSEL Roger. | Anesthésiologie .....                            | MM. MICHEL. |
| Hygiène .....                                           | THIVOLET.            | Pédiatrie et puériculture .....                  | FRANÇOIS.   |
| Electro-radiologie .....                                | PINET.               | Chirurgie générale .....                         | MICHOULIER. |
| Neuro-psychiatrie .....                                 | GUYOTAT.             | Dermatologie .....                               | COLOMB.     |
| Chirurgie générale .....                                | DESCOTES.            | Médecine générale .....                          | LAMBERT.    |
| Pathologie expérimentale .....                          | JOUVET.              | Médecine générale .....                          | FRIES.      |
| Physique biologique .....                               | PEYRIN.              | Pédiatrie .....                                  | GILLY.      |
| Anatomie pathologique .....                             | TOMMASI.             | Médecine générale .....                          | ROBERT.     |
| Electro-radiologie .....                                | BUFFARD.             | Anatomie .....                                   | BOUCHET.    |
| Médecine générale et thé-<br>rapeutique .....           | LEJEUNE.             | Pédiatrie .....                                  | BETHENOD.   |
| Stomatologie .....                                      | de MOURGUES F.       | Immunologie, sérologie, hé-<br>matologie .....   | GERMAIN.    |
| Maladies infectieuses .....                             | NAUSSAC.             | Pédiatrie .....                                  | LARBRE.     |
| Chirurgie générale .....                                | REBOUILLAT.          | Chirurgie générale .....                         | SOUSTELLE.  |
| Pédiatrie .....                                         | ROMAGNY.             | Médecine générale .....                          | VIALA.      |
| Médecine générale .....                                 | DELAHAYE.            | Bactériologie, parasitologie,<br>virologie ..... | VINCENT.    |
| Anesthésiologie .....                                   | DELEUZE.             | Pneumo-phtisiologie .....                        | KALB.       |
| Electro-radiologie diagnostic<br>et thérapeutique ..... | GIRAUD.              |                                                  |             |

## MAITRES DE CONFERENCES AGREGES STAGIAIRES

|                                 |                  |                                                 |                      |
|---------------------------------|------------------|-------------------------------------------------|----------------------|
| Hématologie .....               | MM. FAVRE-GILLY. | Biologie médicale et phar-<br>macodynamie ..... | MM. FAUCON.          |
| Histologie et embryologie ..... | GIROD.           | Physiologie .....                               | FLANDROIS.           |
| Chimie biologique .....         | GRAS.            | Bactériologie .....                             | VIALIER-<br>RAYNARD. |
| Chimie analytique .....         | MALLEIN.         |                                                 |                      |
| Hygiène .....                   | RIFFAT.          |                                                 |                      |

## AGREGES EN EXERCICE

|                          |                         |                              |               |
|--------------------------|-------------------------|------------------------------|---------------|
| Ophthalmologie .....     | MM. BONAMOUR.           | Orthopédie .....             | MM. FAYSSÉ.   |
| Médecine légale .....    | COLIN.                  | Oto-rhino-laryngologie ..... | GAILLARD.     |
| Chirurgie générale ..... | de MOURGUES<br>Georges. | Médecine générale .....      | GARDE.        |
| Médecine générale .....  | DEVIC.                  | Ophthalmologie .....         | HUGONNIER.    |
| Obstétrique .....        | DUMONT<br>Martial.      | Chirurgie générale .....     | MARET.        |
| Urologie .....           | DURAND.                 | Médecine générale .....      | MORNEX.       |
| Chirurgie générale ..... | FRANCILLON.             | Médecine générale .....      | NORMAND.      |
| Chirurgie générale ..... | SAUBIER.                | Médecine générale .....      | PERRIN André. |
| Neuro-psychiatrie .....  | SCHOTT.                 | Stomatologie .....           | DUMAS.        |
| Neuro-chirurgie .....    | ALLEGRE.                | Obstétrique .....            | GARMIER.      |
| Electro-radiologie ..... | CHASSARD.               | Médecine générale .....      | NOEL.         |
|                          |                         | Orthopédie .....             | SCHNEPP.      |

## EXAMINATEURS DE LA THESE

*Président* : M. DECHAUME; *Assesseurs* : MM. SCHOTT,  
GUYOTAT et ROBERT

La Faculté de Médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.



A MA FEMME

Ce travail lui est entièrement dédié.

## A LA MEMOIRE DE MON PERE

En témoignage de filiale reconnaissance envers sa grande bonté et tous ses sacrifices.

Sa brutale disparition ne nous a pas permis de lui faire partager la satisfaction que nous ressentons en ce jour et à laquelle il aurait tant aimé participer.

## A MA MERE

Sa vie se résume en : amour, affection, sacrifice, courage, dévouement...

Nous ne pouvons oublier.

Qu'elle soit assurée de notre indéfectible attachement filial. Nous l'aimons et le lui redisons.

A MES FRERES ET A MA SŒUR

Ils n'ont cessé de nous témoigner leur affection et leurs encouragements, qu'ils trouvent ici l'expression de notre profond attachement.

A LA MEMOIRE DE MON BEAU-FRERE

Mort en service commandé.

A MES BELLES-SŒURS

A MES NEVEUX ET NIECES

A TOUS LES MIENS

A TOUS LES AMIS DE MA FAMILLE

## A MES BEAUX-PARENTS

En gage de notre profond attachement  
et de nos sentiments affectueux.

## A HENRY

En témoignage de notre affection,  
jointe à nos vœux de succès pour un bel  
avenir.

## A TOUS LES MEMBRES DE MA BELLE-FAMILLE

A LA MÉMOIRE DE MONSIEUR HENRI BIETRIX

En souvenir de l'amitié et de la confiance qu'il a bien voulu nous témoigner.

Nos sentiments reconnaissants demeurent indélébiles.

A LA MÉMOIRE DU DOCTEUR PAUL KAUFMANN

Nos sentiments d'amitié et de compréhension réciproques restent et resteront gravés en notre mémoire.

A TOUS MES AMIS

A TOUTES LES FAMILLES FRANÇAISES QUI NOUS ONT ACCUEILLI  
ET QUI NOUS ONT OFFERT UNE HOSPITALITÉ SI APPRÉCIABLE

Qu'elles soient assurées de notre gratitude.

AU COLLÈGE SAINT-LOUIS DE SIDON (LIBAN)

AU COLLÈGE GERSON DE LYON

*Dirigés par les Frères Maristes*

Ils ont conduit nos pas de la classe  
de 11<sup>e</sup> à la classe de Philosophie, avec  
une autorité et une compréhension  
remarquables.

AUX RELIGIEUSES FILLES DE LA CHARITÉ

AUX INFIRMIÈRES

AU PERSONNEL

DE LA CLINIQUE SAINT-VINCENT-DE-PAUL

Qui par leur accueil ont rendu notre  
tâche plus aisée.

A TOUS MES CAMARADES D'ÉTUDES  
ET A MES COLLÈGUES FRANÇAIS ET LIBANAIS

A NOTRE MAÎTRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE :  
MONSIEUR LE PROFESSEUR J. DECHAUME

Il a bien voulu consentir à nous accorder le sujet de cette thèse et nous a fait l'honneur de présider notre jury. Nous le remercions très vivement de sa confiance et souhaitons ne pas l'avoir déçu.

Durant nos années d'étude, nous avons bénéficié de son enseignement théorique et profité de sa grande expérience clinique.

A maintes reprises, nous avons eu recours à sa bienveillante affabilité, il a toujours été le Maître accueillant daignant nous écouter avec beaucoup de bonté.

Nous tenons à lui témoigner ici notre respectueuse admiration et notre particulière reconnaissance pour sa compréhension lors de nos décisions personnelles d'avenir.

A NOS MAÎTRES ET JUGES :

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ B. SCHOTT

Pendant plus de deux années nous avons eu le privilège de compter parmi ses élèves au pavillon « P » de l'Hôpital Ed.-Herriot.

Ainsi, nous avons pu apprécier la grande netteté de son enseignement et la merveilleuse clarté de ses exposés. Il a le don de susciter le travail et de demander à chacun sa part d'activité.

Nous le remercions pour l'accueil cordial qu'il nous a toujours réservé.

Qu'il veuille bien trouver ici l'assurance de notre profonde admiration et de notre grand attachement.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ J. GUYOTAT

Son enseignement théorique et clinique nous a été des plus profitables.

A plusieurs reprises nous avons eu le plaisir de le rencontrer et d'apprécier tour à tour ses qualités de cœur et sa grande valeur scientifique.

Nous le remercions de l'honneur qu'il nous a fait en acceptant de juger notre travail.

A. MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ J.M. ROBERT

Il a bien voulu s'intéresser à notre travail en acceptant de le juger.

Qu'il veuille bien trouver ici l'expression de notre reconnaissance.

Avant d'aborder ce sujet épineux, nous voulons tout d'abord exprimer toute notre reconnaissance :

A MONSIEUR LE DOCTEUR ET A MONSIEUR LE DOCTEUR  
JEAN CARRIER PAUL CARRIER

|                                                                                                                   |                                                                         |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|
| <i>Médecin des Hôpitaux<br/>Psychiatriques<br/>Médecin-Chef de l'Hôpital<br/>Psychiatrique de St-Jean-de-Dieu</i> | <i>Ancien Chef<br/>de Clinique Neuro-Psychiatrique<br/>à la Faculté</i> |
| <i>Directeurs de la Clinique Saint-Vincent-de-Paul</i>                                                            |                                                                         |

Et les remercier de la confiance qu'ils nous ont témoigné en nous confiant ce travail délicat.

Leurs encouragements ne nous ont jamais manqué. Leur bienveillance nous a permis d'accéder à leurs archives personnelles et à leur bibliothèque. Pussions-nous seulement être digne de l'enseignement théorique et pratique qu'ils nous ont prodigué.

Qu'ils veuillent bien trouver ici l'assurance de notre entier attachement, de notre affection, et l'expression de notre respectueux dévouement.

« L'esprit dépasse sans doute la vie, laquelle dépasse la matière : pourtant, il n'est que la conscience de la matière par la vie. Non seulement donc la science de l'esprit est biologique par sa base, mais elle est même physique par son objet. »

(Maurice PRADINES, *Philosophie de la sensation, I. le Problème de la sensation.*)



## INTRODUCTION

A défaut de définir d'emblée l'ANOREXIE MENTALE, nous avons jugé, au préalable, plus intéressant d'éclairer sa nature et de préciser son essence en discutant sa pathogénie, laquelle s'impose, à notre vue, comme étant d'un intérêt capital qui dictera notre conduite thérapeutique. Cette discussion permettra, peut-être, de voir dans quel cadre nosographique la situer dans les chapitres de la Psychiatrie. Elle nous aidera, enfin, à rechercher et à établir une définition satisfaisante, qui, sans être bien précise, mettra en évidence la complexité de cette maladie due à ce qu'elle se trouve au carrefour :

— de la maladie générale par son anorexie et l'amaigrissement qu'elle entraîne ;

— de l'endocrinologie par ses troubles hormonaux et particulièrement son aménorrhée ;

— de la maladie métabolique par ses troubles électrolytiques tout au moins à un stade avancé ;

et enfin :

— de la Psychiatrie et de la Psychanalyse par ses troubles mentaux et l'intérêt que les psychanalystes lui attachent.

En nous interdisant d'avoir une attitude dogmatique rigide qui ne peut être que stérile, et, conscients des difficultés que nous rencontrerons au cours de notre étude, nous nous consacrerons, tout au long de celle-ci, à mettre en évidence l'importance première de la nature, psychologique et mentale de la maladie qui trouve ses racines :

— d'une part, dans la personnalité particulière du sujet lui-même ;

— et d'autre part, dans un conflit psycho-affectif, lequel demeure l'élément objectif de base autour duquel viennent se greffer et s'agglutiner tous les autres symptômes seconds et parasites,

plutôt que de la rapporter à un trouble organique ou fonctionnel quelconque.

En conséquence, nous prévoyons le rôle important que jouera la psychothérapie, seule capable de parachever la guérison véritable, une fois obtenue sur le plan somatique et général, la guérison apparente : par la reprise du poids, la disparition des troubles hormonaux initiaux, l'équilibration électrolytique, etc...

## CHAPITRE PREMIER

### HISTORIQUE

Nous avons pensé, qu'avant d'aborder l'étude de l'Anorexie Mentale, il était bon de refaire, un peu, l'historique de cette maladie, dont l'étude reflète, au fur et à mesure l'orientation pathogénique et l'intérêt dont celle-ci a été l'objet.

Historiquement, nous pouvons classer les diverses théories concernant cette maladie selon trois conceptions :

#### Conception nerveuse

La première à être émise, elle traduit un trouble du comportement de nature psychologique.

MORTON (1694) la considère comme une « consommation nerveuse », puis, HUCHARD (1883) lui donne son nom : « l'Anorexie est entretenue par un état mental particulier sur lequel il est important de veiller ».

Pour comprendre précisément cet « état mental particulier », plusieurs conceptions ont été avancées, parmi lesquelles, nous pouvons citer : les conceptions constitutionnalistes de DUPRÉ qui range l'Anorexie Mentale parmi les déséquilibres constitutionnels des appétits ; les conceptions psychologiques de P. JANET, pour qui les troubles de l'alimentation sont d'origine névropathique ; celles de FREUD et de son école qui accordent une grande importance aux pulsions sexuelles et agressives qui sont considérées comme coupables, engendrant, du même coup, l'auto-accusation responsable de la restriction ou du refus alimentaire (L. MICHAUX et Mlle JURÉDIEU). Par ailleurs, ce phénomène de culpabilité a été approfondi par LAFORGUE et HESNARD d'après lesquels le processus d'auto-punition peut aller jusqu'à la destruction masochique du sujet.

### **Conception endocrinienne *univoque***

Si certains furent séduits par ces conceptions et les adoptèrent d'emblée, d'autres, au contraire, demeurés plutôt organicistes, les subirent en attendant l'occasion propice pour les renier. Cette occasion fut donnée par la publication de l'observation princeps de SIMMONDS (1914) qui fut le point de départ à de nouvelles conceptions dont celle de l'origine endocrinienne univoque, où l'on fit jouer à l'hypophyse un rôle de premier plan, d'autant plus, que l'on mit en évidence, à l'autopsie de sujets morts de cachexie, soit une atrophie globale de la plupart des glandes endocrines, et en particulier de l'hypophyse, soit des tumeurs destructrices de cette glande.

L'on décrivit ensuite, sur la foi d'examen biologiques, des maigreurs hypophysaires fonctionnelles attribuées à une carence réversible de la glande.

Devant l'engouement de cette conception univoque, l'on recourut, alors, à la thérapeutique hormonale à outrance (per os, parentérale, greffe, etc...), qui n'apporta malheureusement aucun bénéfice.

Cette tendance fut combattue assez tôt et nous relevons principalement les interventions heureuses de A. CRÉMIEUX et de J. CARRIER au Congrès des Aliénistes et Neurologistes de Langue Française (1942), le premier en présentant un rapport didactique complet sur la question, et le second en montrant le danger vital d'une telle thérapeutique.

### **Conception psycho-somatique**

Mais, si ces conceptions ont eu un résultat négatif quant à la thérapeutique et quant au devenir de la maladie, [« certains progrès accomplis dans le domaine des sciences médicales peuvent avoir pour conséquence, une régression de l'art médical » (J. DECOURT)] elles ont eu, également, le mérite d'avoir révélé la participation endocrinienne à la crise pubérale des adolescents, et d'avoir contribué à ouvrir d'autres horizons au psychiatre que ceux dans lesquels il avait l'habitude d'évoluer.

Par ailleurs, si elles ont été reconnues comme non valables,

ce fut dans la mesure où elles excluaient le conditionnement psychologique de ces malades, ainsi que leurs structures psychologiques et mentales.

C'est devant la dualité de ce problème, qu'une nouvelle ère va s'ouvrir, avec une conception pathogénique psycho-somatique, qui va se révéler riche et très féconde, et où le psychique reprendra son droit devant les manifestations organiques, lesquelles traduisent un désarroi vital plus profond. Ainsi, nous voyons J. DELAY proposer le terme d'endocrino-névrose juvénile, et J. DECOURT celui de cachexie psycho-endocrinienne.

En fait, c'est bien une maladie typiquement psycho-somatique, ce qu'éclaire bien le problème des inter-relations entre le syndrome physique d'une part et les motivations ou structures psychologiques de l'Anorexie Mentale d'autre part, et auxquelles se sont attachés les noms de :

— KLOTZ et LOMBROSO qui s'appuient sur les études de PAVLOV concernant les mécanismes de conditionnement et de déconditionnement de l'individu par rapport au milieu dans lequel il évolue.

— SOULAIRAC et Ch. BOURRAT qui ont éclairé le rôle du diencéphale dans la régulation psychophysiologique de la faim, l'hypothalamus agissant sur le fonctionnement endocrinien et inversement.

— LABOUCARIE et BARRES, MICHAUX et ses élèves notamment Mlle PLICHET dans sa thèse, Mlle G. JANNET, Mlle JUREDIEU, qui affirment la primauté des facteurs psychiques et apportent d'intéressantes notations dans l'étude de ceux-ci.

— ALBEAUX-FERNET et collaborateurs qui confirment l'importance des structures mentales particulières à l'origine du syndrome.

— DALLY qui à propos d'une importante statistique, apporte une étude clinique et pronostique de grand intérêt.

— Jean CARRIER enfin qui, reprenant le terme de « vocation anorexique » de MICHAUX pour lequel il faudrait une complaisance somatique sur laquelle se grefferait le conflit psychologique, disait : « Les insuffisances fonctionnelles congénitales ou acquises peuvent être le terrain favorable du développement d'une anorexie, mais, elles sont également susceptibles

d'être déterminées par des chocs psychologiques des conflits ou situations pathogènes ».

Qu'on veuille bien nous excuser de rappeler que nous n'avons pas tenu compte de l'ordre chronologique des étapes historiques, notre but ayant été uniquement d'éclairer les trois courants de pensée que l'Anorexie Mentale a suscité :

- maladie psychologique d'abord,
- maladie endocrinienne ensuite,
- maladie psycho-somatique enfin.

## CHAPITRE DEUXIEME

### ETUDE STATISTIQUE ET OBSERVATIONS PERSONNELLES

Nous avons pensé plus intéressant d'exposer en premier cette étude, laquelle est, par anticipation, la justification des théories et conclusions, que nous avons adoptées, et qui sont nôtres, au cours des chapitres suivants assez longuement développés.

#### Etude statistique

Notre statistique personnelle faite à la Clinique Saint-Vincent-de-Paul, entre l'année 1940 (année postérieure à la thèse de J. CARRIER en 1939) et le 31 octobre 1964 (date de publication de notre thèse) est le résultat du dépouillement de 159 Observations que nous avons voulu distinguer en deux groupes.

**GROUPE I :** Comprenant 132 observations relevées entre l'année 1940 et l'année 1961 inclusivement qui sera essentielle-ment à la base de notre étude statistique. Le recul du temps nous permettant en effet, de juger du devenir de ces malades.

**GROUPE II :** Comprenant 27 anorexiques mentales (dont un jeune adolescent Yves V... entré dans le service le 26 décembre 1963 et sorti le 5 mars 1964) recensées entre le 1<sup>er</sup> janvier 1962 (date correspondant à notre entrée en fonction comme interne à la clinique Saint-Vincent-de-Paul) et le 31 octobre 1964 (date de publication de cette thèse). Au cours de ces trois années d'internat, nous avons pu, grâce à la bienveillance de MM. Jean et Paul CARRIER et à l'intérêt qu'ils ont bien voulu

nous témoigner, approcher ces malades, les examiner, les interroger et enfin pénétrer leur mystère. Ce deuxième groupe est à la base de l'étude clinique que nous exposons dans un chapitre à part. Les deux observations que nous rapportons, viennent à l'appui de la nature dépressive de la maladie et la justifient dans son évolution en trois périodes, en fonction de l'événement-choc :

— Période de pré-événement-choc : c'est le temps de latence durant lequel va mûrir l'état dépressif.

— Période d'événement-choc ou période d'invasion, qui correspond à l'entrée organique de la maladie dans l'Anorexie Mentale.

— Période de post-événement-choc, représentant la période de début ou la période d'état.

Nous avons essayé de joindre les 132 anciennes malades du « GROUPE I » en expédiant à leur famille ou à elles-mêmes un questionnaire ainsi rédigé :

Sont-elles guéries complètement ? Travaillent-elles ? Sont-elles mariées ? Ont-elles des enfants ? Leurs règles sont-elles régulières ? Poids actuel ? Rechutes ? Ont-elles été soignées à domicile selon une cure libre, en milieu hospitalier ou d'une façon mixte après leurs rechutes ? Ont-elles été guéries après ces rechutes ? Ont-elles présenté des troubles ou d'autres maladies (nerveuses).

Voici nos résultats :

|        | Réponses<br>positives | Questionnaires<br>revenus avec<br>la mention<br>« inconnu » | Questions<br>demeurées<br>sans réponses<br>mais parve-<br>nues à leur<br>destinataire |         |
|--------|-----------------------|-------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|---------|
| Nombre | 69                    | 29                                                          | 34                                                                                    | 132     |
| %      | 52,27 %               | 21,96 %                                                     | 25,75 %                                                                               | 99,98 % |

En conséquence, notre statistique de fait portera sur 69 cas :

1<sup>o</sup> Devenir de ces 69 cas à leur sortie de la Clinique Saint-Vincent-de-Paul.

|        | Guérisons<br>complètes<br>définitives | Rechutes | Décès  | Total   |
|--------|---------------------------------------|----------|--------|---------|
| Nombre | 39                                    | 25       | 5      | 69      |
| %      | 56,5 %                                | 36,23 %  | 7,24 % | 99,97 % |

## 2° Modalité de traitement des rechutes :

|        | Hospitali-<br>sations<br>nouvelles | Traitement<br>/mixte (hos-<br>pitalisation<br>+ traitement<br>ambulatoire) | Traitement<br>ambulatoire | Total |
|--------|------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|---------------------------|-------|
| Nombre | 12                                 | 12                                                                         | 1                         | 25    |
| %      | 48 %                               | 48 %                                                                       | 4 %                       | 100 % |

## 3° Devenir de ces rechutes :

|                           | Guérison<br>complète | Echecs      | Décès      | Total      |
|---------------------------|----------------------|-------------|------------|------------|
| Traitement<br>hospitalier | 9 (75 %)             | 2 (16,66 %) | 1 (8,33 %) | 12 (100 %) |
| Traitement mixte          | 7 (58,33 %)          | 5 (41,66 %) | 0          | 12 (100 %) |
| Traitement<br>ambulatoire | 0                    | 0           | 1          | 1          |
| Nombre                    | 16                   | 7           | 2          | 25         |
| %                         | 64 %                 | 28 %        | 8 %        | 100 %      |

4° En définitive, sur 69 Anorexies Mentales (100 %), nous avons :

|        | Guérison<br>totale | Echecs  | Décès   | Total   |
|--------|--------------------|---------|---------|---------|
| Nombre | 39 + 16 = 55       | 7       | 7       | 69      |
| %      | 79,71 %            | 10,14 % | 10,14 % | 99,99 % |

5° COMPLICATIONS : Pratiquement aucune réponse ne nous a signalé des complications importantes en relation avec la thérapeutique suivie. Nous voulons signaler quand même certaines d'entre elles qui nous ont été communiquées :

1 œdème généralisé, 1 cardiopathie, 2 lithiases rénales. 1 obésité, 1 primo-infection tuberculeuse (6 mois de préventorium),

5 troubles de caractère, 1 colite, 1 angine, 1 appendicite, 1 rhumatisme infectieux, 1 phlébite après accouchement.

6° Cette statistique nous a permis également de préciser la notion d'âge :

|             | $12 < AM \leq 15$ | $16 < AM \leq 20$ | $21 < AM \leq 25$ | $AM > 26$ | Total  |
|-------------|-------------------|-------------------|-------------------|-----------|--------|
| Nombre      | 27                | 76                | 25                | 4         | 132    |
| de cas<br>% | 20,4 %            | 57,5 %            | 18,9 %            | 3,0 %     | 99,8 % |

7° Pour juger de la fréquence de cette maladie à notre époque, nous avons eu recours à un artifice. En effet, en comparant le nombre du groupe I au nombre du groupe II, il nous a été facile de voir une augmentation annuelle dans la fréquence de cette maladie égale à 30,23 %.

Mais, cette augmentation correspond-elle à une fréquence réellement élevée ou au contraire à un meilleur dépistage de cette affection ? La question reste posée.

## Observations personnelles

Les deux observations que nous avons choisies parmi les vingt-sept autres cas d'Anorexie Mentale, vus au cours de nos trois années d'internat à la clinique Saint-Vincent-de-Paul, nous ont paru présenter assez d'intérêt pour en justifier la publication et illustrer notre travail.

Isolément certains détails et certains faits peuvent paraître superflus, nous les avons maintenus parce qu'ils nous ont semblé importants si l'on considère cette maladie comme un tout. De toutes manières, nous comptons sur l'indulgence de nos Maîtres et Juges pour nous trouver les circonstances atténuantes.

Par ailleurs, nous voyons dans ces observations la justification de la pathologie dépressive de type mélancolique (voir chapitre étio-pathogénie) et celle des interprétations physiodynamiques et pathologiques (voir chapitre anatomo-physiopathologie).



## PREMIERE OBSERVATION

### I. — ETUDE DES ANTECEDENTS.

Mlle Jacqueline G... est née à Lyon le 25 octobre 1942 durant la triste période de privation de la guerre.

Les parents sont catholiques :

— Son père âgé de 54 ans travaille à la S.N.C.F. comme employé-comptable au service social.

— Sa mère âgée de 52 ans travaillait comme sténo-dactylo, mais, depuis son mariage, s'occupe de l'entretien de son intérieur.

Dans leurs antécédents, on ne trouve aucune maladie importante organique ou mentale. Il n'y a pas d'éthylisme, pas d'antécédents tuberculeux ou neuro-psychiatriques en particulier. On relève cependant chez la mère l'avortement d'une première grossesse, au début du mariage, motivé par une situation matérielle et pécunière assez précaire.

Outre notre jeune malade, ils ont eu également un garçon actuellement âgé de 18 ans qui prépare les Hautes Etudes Commerciales au Lycée Ampère.

L'accouchement de la mère de notre jeune malade a été facile : il n'y a pas eu de forceps. L'enfant avait beaucoup de cheveux sur la tête et pesait 3 kgs.

A part la scarlatine, elle a presque eu toutes les maladies infantiles : rougeole, coqueluche, oreillons, varicelle, etc... Aucun souvenir d'autres maladies importantes sinon primo-infection tuberculeuse à l'âge de 9-10 ans.

Cette malade entre à la clinique le 22 septembre 1964.

### II. — ETAT DE LA MALADE A L'ENTREE.

Nous sommes frappé par l'état de maigreur de notre malade et par le comportement des parents.

L'interrogatoire nous laisse percevoir d'abord la personnalité particulière de la première et l'inquiétude des seconds, et nous apprend ensuite l'existence de trois symptômes majeurs de l'anorexie mentale, qui évolue depuis l'âge de 17 ans, c'est-à-dire :

— Alternances d'anorexie et de boulimie suivies de régurgitations assez fréquentes.

— Amaigrissement important de 20 kg.

Poids à 17 ans : 57 kg.

Poids à l'entrée : 37 kg.

— Aménorrhée depuis l'âge de 17 ans.

Nous ne nous attarderons pas sur cette symptomatologie, ni sur les signes fonctionnels ou généraux, ni sur les signes d'examen, etc... Ils ont été très longuement décrits ici-même et dans beaucoup de publications que nous avons eu le soin de citer.

Nous n'avons en vue, ici, que le but d'exposer l'état psychologique du milieu familial qui traduit une situation traumatisante et insécurisante se prolongeant indéfiniment, et son retentissement direct sur notre malade depuis son jeune âge jusqu'à l'apparition des troubles, sans qu'elle n'ait pu modifier le cours de cette situation, ou lui échapper, et, de ce fait, l'ayant vécu pendant un certain temps, — temps de latence — avec les apparences de l'indifférence ou du courage, l'émotion n'ayant pu se décharger ni dans l'action ni dans l'expression.

Nous éclaircirons enfin les raisons de l'apparition des troubles chez notre malade à l'âge de 17 ans, et non pas avant ou après comme le font beaucoup d'autres anorexiques. Nous ne croyons pas que cela soit le fait du hasard ou que l'expression « c'est ainsi » soit suffisante ou satisfaisante. Nous avons toujours trouvé chez toutes les malades que nous avons eu le loisir de suivre, des raisons — différentes bien sûr — mais, assez dramatiques pour créer un désarroi vital. Ces raisons correspondent chez chaque anorexique à l'avènement d'un événement particulier (que nous avons appelé événement-choc de rappel), souvent brutal, non pas direct ou symbolique d'un fait antérieur, et moins encore anniversaire répétons-le, mais générateur d'assez d'angoisse et d'inquiétude pour rappeler la même situation insécurisante dans laquelle vit la malade. Pour comprendre les mécanismes de ce rappel nous renvoyons le lecteur au paragraphe : « Interprétations physiodynamiques et pathologiques ».

Donc, deux paragraphes à envisager :

— étude psychologique du milieu familial (situation traumatisante et insécurisante) ;

— étude psychologique de la malade.

### III. — ETUDE PSYCHOLOGIQUE DU MILIEU PARENTAL.

Il représente la situation traumatisante et insécurisante.

*Père* : Nature inquiète, aime profondément ses enfants qu'il comble de mots gentils les yeux larmoyants. A pour habitude de les embrasser chaque fois qu'il rentre à la maison, qu'il en sort, le matin, au coucher, après une réconciliation ou lors d'une remise de

cadeaux d'anniversaire... Il leur accorde, selon ses moyens, tout ce qui peut leur faire plaisir et leur donne tout ce qu'il peut pécuniairement leur offrir. Séparé de ses enfants, il leur écrit très souvent, et les petits mots gentils abondent.

*Mère* : D'une extrême sensibilité, elle éprouve beaucoup de peine si on ne manifeste pas apparemment des sentiments de reconnaissance à son égard. Met continuellement en parallèle l'attitude franche du fils et celle plus réservée de sa fille vis-à-vis d'elle. Nature inquiète également, « jamais en détente » dira sa fille, elle a toujours peur de faire une gaffe. Anxieuse, elle voudrait faire plaisir à sa fille par un conseil vestimentaire, par un plat préféré, par une anecdote, mais elle craint toujours de « mal tomber », si bien qu'elle se tait la plupart du temps. Elle est également exclusive dans son amour ; et si ce dernier ne se manifeste pas comme chez le père, par des embrassades à l'égard de ses enfants — et tout particulièrement de sa fille — elle veut par contre les accaparer, être à eux, sortir avec eux, etc...

Ses lettres, en cas d'absence de ses enfants, sont remplies de paroles réconfortantes, de plaisanteries intimes, très détaillées quant au contenu. Elle est rigide dans sa conception du devoir qu'elle veut accomplir méthodiquement ; un empêchement la contrarie grandement. Chaque chose en son temps, répète-t-elle.

Elle est très charitable pour ses proches, mais si elle se sent plus ou moins exploitée ou tenue pour indifférente, la rupture vient immédiatement et elle ne fera plus rien du tout.

*Frère* : Rien à signaler. « C'est un très bon copain », dira sa sœur. C'est un représentant de l'autre sexe, et aucune gêne n'existe entre eux. « On se parle d'égal à égal ».

Cette anxiété des parents nous la voyons s'extérioriser plus encore en étudiant le développement de notre malade que nous nous sommes efforcés de suivre depuis sa naissance jusqu'à la période actuelle.

#### IV. — ETUDE PSYCHOLOGIQUE DE LA MALADE.

##### 1) DÉVELOPPEMENT DE SA PERSONNALITÉ ET NIVEAU INTELLECTUEL.

L'observation que nous développons, nous a conduit à envisager ce paragraphe en trois périodes différentes en fonction de l'événement-choc de rappel : rappel direct ou indirect de la situation traumatisante (voir paragraphe : « Mécanismes physio-dynamiques et pathologiques ») :

— Période de pré-événement-choc (temps de latence) au cours de laquelle se constitue progressivement l'état dépressif latent, où s'amorce et se renforce la construction de la personnalité particulière de notre jeune fille, où mûrit par conséquent la maladie.

— Période d'événement-choc correspondant à l'entrée de notre adolescente dans la maladie (période d'invasion).

— Période de post-événement-choc durant laquelle s'organise la maladie (période de début et période d'état).

*A. — Période de pré-événement-choc (temps de latence).*

Née le 25 octobre 1942, durant la guerre, elle est élevée à la campagne où les moyens d'approvisionnement sont plus faciles. Pour être sûrs qu'elle ne manquera de rien, ses parents lui achètent une vache qui lui fournira le lait nécessaire. Ainsi ils seront plus tranquilles. Elle rentre assez tôt à l'école maternelle, ses maitresses sont très satisfaites d'elle.

*En 1947-1948 :* Elle a 5-6 ans et entre à l'école primaire. Adorée par sa première maitresse, pourtant énergique, qui la citait en exemple à toutes ses élèves. S'attache profondément à celle-ci et veut la récompenser de son amitié en faisant toujours un travail parfait, et jusqu'à l'âge de 9 ans, elle est toujours première de sa classe.

« C'eût été une honte, nous dit-elle, à posteriori, de ne pas conserver cette place d'honneur. »

Fait la connaissance de Danièle qui deviendra pour longtemps son amie.

*En 1949-1950 :* Elle a 7-8 ans. Au cours de la visite médicale scolaire on conseille aux parents de la montrer au Docteur K..., neuropsychiatre infantile, pour « inquiétude et nervosité ». Celui-ci lui révèle « qu'elle est née dans le ventre de sa mère ». Les parents racontent qu'elle a été perturbée de cette révélation, ne cessait pas d'interroger sa mère à ce sujet, elle est restée pendant longtemps inquiète et pleurait souvent, ce qui a motivé une nouvelle visite des parents seuls au Docteur K... pour reproches...

Même maintenant ce souvenir reste aigu dans la mémoire des parents.

*En 1951-1952 :* Elle a 9-10 ans. Elle se plaint d'asthénie. Lasse c'est une amie qui lui porte son cartable pour l'aider, en allant en classe. Elle est soignée pendant deux semaines par la diète et les toniques généraux sans succès. Devant l'inquiétude de plus en plus grandissante de la famille — dont la malade se souvient encore dix ans plus tard — on la montre à un autre médecin qui diagnostique une primo-infection tuberculeuse et conseille le repos et l'air pur. Elle arrête l'école trois mois avant les grandes vacances, et en compagnie de ses parents qui ne veulent pas se séparer d'elle, va habiter la campagne, aux environs de Lyon. Pour qu'elle ne soit pas en retard à l'école, sa mère lui fait faire ses devoirs et réciter ses leçons.

Son traitement a consisté en suralimentation, repos et P.A.S. Durant cette période, elle soigne un lapin qu'une amie lui a offert.

*En 1952-1953* : Elle a 10-11 ans. Elle passe en classe supérieure. C'est son année de confirmation. Afin de préparer l'examen d'entrée en 6<sup>e</sup>, elle prend des cours supplémentaires le soir, mais une fois, ayant trouvé un oiseau dont elle voulait s'occuper, elle fait l'école buissonnière et est exclue de ces cours du soir, malgré l'intervention du père.

Fait la connaissance d'une autre amie Monique avec laquelle elle se complait, ce qui déclenche la jalousie de Danièle.

Fait également la connaissance en fin d'année de Laurette qui jouera un rôle important dans sa vie.

Réussit son examen d'entrée en 6<sup>e</sup>.

*En 1953-1954* : Elle a 11-12 ans. Elle est la première de sa classe de 6<sup>e</sup>. Conserve ses deux amies Danièle et Laurette.

C'est l'année de première communion, mais elle est triste et malheureuse, à cette occasion, car Laurette, athée et de parents militants, n'est pas auprès d'elle.

Démêlés avec un professeur, « vieille fille, maniaque, coléreuse et tatillonne, faisant réellement peur à toutes ses élèves ».

*En 1954-1955* : Elle a 12-13 ans. Cette année de 5<sup>e</sup> est dominée par trois faits importants :

— L'apparition de ses règles : les parents rapportent qu'à chaque fois, elle était très gênée, trouvant le fait très sale et en éprouvant une grande honte. Dès sa rentrée à la maison, se précipitait pour faire sa toilette qu'elle renouvelait plusieurs fois dans la journée et se changeait très souvent. Se révolte pour la première fois à l'intervention de sa mère qui se sent dépassée par la personnalité de sa fille.

Attachement à son professeur d'allemand qui était très aimée de toute sa classe, « nous étions ses filles et elles nous aimait beaucoup », *mais elle s'est mariée* et « tout a été renversée, on ne pouvait plus la supporter, elle non plus d'ailleurs »...

— Trouve une correspondante allemande qui va devenir son amie. Mises en relation toutes les deux elles passent un mois de vacances alternativement dans la famille de l'une ou de l'autre. Elle éprouve, lors de son premier séjour en Allemagne, un grand chagrin avec des pleurs et sentiments de tristesse, de solitude et de vide... « maman m'avait glissé des petits mots gentils dans mon pyjama, dans mes affaires de toilette, etc..., et chaque fois que j'en trouvais un c'était le déluge !... ».

*En 1955-1956* : Elle a 13-14 ans. « Nous étions en classe de 4<sup>e</sup> et formions avec Laurette et certaines autres une joyeuse bande, travailleuses mais infernales au point de vue discipline ». Les parents, surpris par cette métamorphose, essaient d'intervenir et décident de la séparer de Laurette qu'ils accusent du mauvais exemple qu'elle donne à leur fille. Mais celle-ci fait une scène, tient bon et

est attachée de plus en plus à son amie. Les parents, vaincus mais inquiets, cèdent.

*En 1956-1957* : Elle a 14-15 ans et c'est le brevet qu'elle réussit du premier coup. Danièle et Laurette échouent et elle éprouve pour elles un grand chagrin. Ces deux dernières réussissant en octobre, elle rayonne de bonheur.

*En 1957-1958* : Elle a 15-16 ans. « La bande était à l'apogée du travail mais aussi de l'indiscipline et ses membres se réunissent fréquemment les uns chez les autres ». C'est l'année de seconde où elles passent en conseil de discipline en raison « d'une révolte au réfectoire pour un plat jugé indigne d'être servi à des *porcs* !... ».

*En 1958-1959* : Elle a 16-17 ans. Cette année est vouée uniquement à la préparation de la première partie du baccalauréat. Elle travaille en collaboration avec Laurette et réussit à la première session.

Mais cette année, on voit apparaître deux nouveaux aspects de sa personnalité.

— Le père se trouvant en déplacement à Ch... (Savoie), la famille loue durant les grandes vacances, une maison à Ch... (Savoie) pour se rapprocher de lui (jusqu'à cette année-là les vacances se passaient à J..., dans la Haute-Loire). La proximité du lac du Bourget, le soleil et le beau temps aidant d'une part, sa jeunesse et la jeunesse estivale d'autre part, invitent à la baignade. Dans son maillot de bain, elle découvre son corps « difforme par endroits » (c'est une belle fille) avec surtout des bourrelets au niveau des cuisses et des hanches trop fortes etc... Elle s'inquiète et le dit à sa mère. Ensemble et profitant d'une absence du père « gros mangeur », elles commencent un régime. Mais le père ne tarde pas à revenir et tout rentre dans l'ordre avec plus ou moins de regret ; mais le prochain mariage d'une cousine l'incite encore à maigrir un peu « pour paraître à mon avantage dans ma première robe longue que j'allais étrenner ».

— Fait la connaissance de René qui lui fait « un brin de cour », mais il ne lui plaisait pas du tout, elle refuse toutes ses invitations. « Il m'horrifiait », dit-elle.

#### B. — *Période d'événement-choc (période d'invasion).*

*En 1959-1960* : Elle a 17-18 ans. C'est la classe de Philo qui voit le partage de la bande ; seules restent avec elle Danièle et Laurette. La « découverte de son corps » en maillot de bain la préoccupe, toutefois elle ne s'y attarde pas longtemps. Mais deux événements, et surtout l'un d'entre eux, vont précipiter les choses :

— La préparation de la Philo avec Laurette : « c'était un travail d'abrutissement où nous n'avions plus le temps de manger à part des fruits (cerises) en revisant ».

— Mais surtout la confiance que Laurette fit durant ces révisions sur l'amour partagé que celle-ci éprouve pour un garçon : Lulu.

Notre malade panique, elle est désemparée, déçue. Pour la première fois, elle ne voit pas ses règles ou pratiquement pas, ce mois-ci, sinon quelques traces. Elle ne les verra plus les mois suivants et cette aménorrhée persiste actuellement.

C'est une période de très mauvaise compréhension réciproque avec sa famille à cause de la maigreur et du refus de manger.

Cette période mérite qu'on s'y arrête et excite tout particulièrement notre attention :

— Tout d'abord par la découverte de Ch... qui lui a permis d'avoir un premier contact réel avec son corps inesthétique par certains côtés. A cette époque encore c'était bien une « révélation » sûrement désagréable et choquante, mais pas encore une hantise ou une obsession.

— C'est également la découverte du flirt avec René qui lui faisait un brin de cour, mais qui « l'horripilait ».

— C'est aussi l'essai dans les faits d'un premier régime amaigrissant pratiqué conjointement avec sa mère et qui ne cessera qu'avec le retour du père « gros mangeur ».

— C'est encore le surmenage intellectuel en vue de réussir la seconde partie du baccalauréat qui l'absorbait complètement jusqu'à lui faire négliger ou oublier son alimentation puisqu'elle ne se nourrissait que de fruits (cerises).

— C'est surtout enfin la révélation confidentielle de son amie Laurette au sujet de ses sentiments envers le garçon qu'elle aime. Confiance brutale que notre malade n'a jamais suspectée, qui a été jusqu'à la plonger dans le dégoût et l'a incitée à mettre d'amères réflexions à l'égard de son amie. Elle devient avec cette dernière tout à fait insupportable, mais n'arrive pas malgré tout à la rupture de leur relation. C'est là également l'événement particulier de grande valeur — dont nous avons parlé — responsable de l'apparition des troubles et à l'origine directe de la maladie. Mais pour découvrir cet événement, il ne faut pas que l'interrogatoire le recherche en tant que tel, dans son état brut, la malade ne faisant pas la relation entre celui-ci et la maladie. « D'autre part, le choc émotionnel pathogène n'est que rarement mis en évidence par un interrogatoire rapide, du fait que l'inhibition qui l'exclut de l'évocation mnésique spontanée. Cette inhibition est telle parfois que l'émotion, bloquée par ses manifestations, est restée inconsciente chez le sujet et n'a pas été perçue par son entourage. Ce sont donc des situations objectivement conflictuelles et insécurisantes qu'il faut rechercher par l'amnésie et non des « souvenirs d'émotion » pratiquement toujours absents » (P. SIVADON).

Par ailleurs, disons-le dès maintenant, si cet événement a eu prise sur notre malade, c'est parce qu'il existait un terrain de pré-

disposition, un état de dépression latent, entretenu par le milieu familial, le milieu social et par la personnalité propre de notre jeune fille (rappelons entre autre, qu'à l'âge de 7-8 ans on l'envoie en consultation chez le Dr K..., neuro-psychiatre infantile).

Mais que représente Laurette pour notre malade.

Pour répondre à cette question, nous laissons parler celle-ci en rapportant textuellement ce qu'elle nous dit :

« C'est un cas assez spécial, je l'ai connue à 10-11 ans et jusqu'à l'âge de 17-18 ans nous ne formions qu'un tout, étant l'ombre l'une de l'autre. La confiance était mutuelle et je lui faisais toutes mes confidences. J'étais seulement exclusive avec elle ; s'habillait-elle ou se coiffait-elle mal, je le lui disais et la voulais toute pour moi et à mon goût. J'étais jalouse de ses moindres marques de sentiment à l'égard d'autrui ; qu'elle confie quelque chose à quelqu'un d'autre qu'à moi me rendait jalouse et triste ; je lui en voulais et la boudais en lui faisant des remarques assez méchantes. Dans le fond de moi-même, j'éprouvais de la satisfaction à voir qu'elle souffrait de mon mutisme envers elle ; quand elle revenait, c'était elle qui devait faire des concessions car j'estimais avoir raison au sujet des reproches que je lui adressais ».

*C. — Période de post-événement-choc (période de début et période d'état).*

Elle commence progressivement à maigrir et s'accroche plus sérieusement à son régime amaigrissant. Elle commence à fondre, devient agressive même à l'égard de Laurette, qui est désorientée par ce changement d'attitude. Elle n'a plus personne à aimer que son corps qui a été pour elle une « révélation » et qu'elle soigne avec une extrême sollicitude, le voulant parfait dans son esthétique, « me sentir légère, le ventre plat, aucune bosse sur le côté des cuisses. Je voudrais être admirée à cause de ma minceur, à cause de mon allure élancée. Désir d'être hors du commun des mortels qui sont habituellement bien en chair, être regardée comme supra-terrestre, comme une créature divine (grands cheveux blonds, raides, plastique parfaite sans bosses qui reflètent l'imperfection humaine...). La vie pour moi n'est que reflet, admiration des autres, créer le mystère autour de moi. Impression que les autres ne me considéreraient pas si je n'étais pas irréelle. Je voudrais ne dépendre de personne, être remarquée dès mon apparition, mais en bien. Vêtements préférés : fourreau noir, escarpins noirs, gants noirs, collier minuscule mais plein d'éclat et de valeur — qui brille, être pâle mais en bonne santé, longs cheveux blonds mais souples. Longues jambes galbées, mais cuisses très fines. Ventre plat, taille fine, poitrine tout de même développée (mais pas trop). En même temps, immense besoin d'aider les autres, de faire du bien, mais toujours pour que les autres pensent que je suis extraordinaire. Pourtant aucun orgueil. Je sens que c'est un besoin vital, ma vie ».

En retournant à Ch... pour les grandes vacances, « les gens qui me connaissaient m'ont trouvé changée, car j'avais beaucoup maigri » ; « je n'étais pas heureuse, je m'ennuyais, je cafardais ». Inquiets de son état, ses parents la montre au Dr B..., de Ch..., qui lui donne quelques toniques généraux. Mais rien ne lui réussissait. Ses parents l'emmènent pendant 10 jours en Italie jusqu'à Venise avec l'espoir qu'elle sera plus détendue. Auparavant, ils lui permettent et même l'encouragent à aller avec Lucile dans un camp d'étudiantes. Partout elle s'ennuie, elle est triste et ne mange pas.

En 1960-1961 : Elle a 18-19 ans. C'est le début d'un grand changement et une période d'abattement et de renoncement. En effet, voulant préparer les grandes Ecoles, elle s'inscrit en compagnie de ses deux amies Danièle et Laurette au Lycée Edgar-Quinet. L'adaptation au nouveau système d'Etude est difficile et au bout de trois mois (à Noël), elles quittent ce lycée pour s'inscrire à la Faculté des lettres de Lyon. Là aussi, intégration et adaptation impossible. « Je ne savais plus comment travailler et me sentais en retard du point de vue relations entre garçons et filles ». Elle dépeint une situation angoissante et anxieuse d'autant plus que Laurette était courtisée par Lulu et sortait de plus en plus avec lui. Elle dit : « J'étais seule et perdue, et, ne pouvant échapper à ma situation, j'oriente tous mes plaisirs et tous mes actes sur la nourriture et sur le poids, ne mangeant plus que des pommes toute la journée, refusant les repas servis à la maison ».

Dans ce cadre, l'amaigrissement se poursuit, ses parents ne savent plus que faire, ils la montrent au Dr B..., à Lyon, mais elle ne tient aucun compte de ses conseils, continue son régime ; la notion du poids, occupant toutes ses pensées, s'affermi de plus en plus et prend le masque d'une obsession.

Ne pouvant se passer de Laurette et afin de préserver leur entente, elle la suit partout. Celle-ci étant athée, militante et communiste convaincue, organise et soutient des manifestations entraînant avec elle notre jeune malade, qui suit, pensant trouver ainsi un dérivatif pour échapper à cette triste situation. Elle commence de perdre la foi. « alors qu'au Lycée, dans les discussions avec et la bande, je soutenais fortement mes croyances ». Des drames successifs naissent à la maison, allant jusqu'à envisager une rupture avec les siens et le désir manifeste de trouver une chambre en ville pour vivre seule et indépendante. Mais tout s'arrange avec le regret des parents.

En juin, elle échoue à ses examens de propédeutique et durant les grandes vacances qu'elle passe à H... (Loire-Atlantique), elle prépare à nouveau (par correspondance) son diplôme et le réussit en septembre.

Durant ces vacances, elle fait la connaissance d'un garçon, Bertrand, avec lequel elle flirte, « puisqu'il est d'usage de flirter ». Il rompra d'ailleurs plus tard avec elle à cause de sa « froideur ».

*En 1961-1962 :* Elle a 19-20 ans. Réinscription à la Faculté pour le premier certificat de licence, mais afin de subvenir à ses frais, elle trouve un poste de surveillante d'externat à Lyon qui la tient pratiquement éloignée de ses amis.

Voyant de moins en moins Laurette qui sort avec son fiancé, et ne connaissant plus personne, elle souffre terriblement et devient taciturne.

Souvenir d'une nuit entière atroce pour des douleurs dans le ventre. Le médecin appelé d'urgence diagnostique une colique néphrétique et lui administre de la morphine, mais il est le premier à parler d'Anorexie mentale et conseille aux parents l'hospitalisation. Elle va voir le Dr D... qui lui parle de séances de psychanalyse, mais s'y refuse obstinément. Stimulée sans doute par ce terme de mental, elle décide de grossir seule, se remet à manger à la grande joie des parents et dévore les gâteaux.

Elle récupère un peu, mais son échec en juin remet tout en cause. Les grandes vacances se passent encore à H... où elle retrouve Bertrand. N'éprouvant aucun sentiment pour lui, le flirt lui déplaît et elle se culpabilise. C'est là qu'il rompt à cause de sa « froideur », elle est vexée dans son amour propre mais éprouve un grand soulagement de cette décision.

*En 1962-1963 :* Elle a 20-21 ans. Réinscription à la Faculté, elle mène de pair ses études et son rôle de surveillante d'externat ; son état dépressif anxieux est de plus en plus fort, elle sort très peu et rumine.

A la visite médicale universitaire, le Dr D... s'inquiète de son état et l'envoie dans la clinique du Dr M..., dans le Vaucluse, où elle reste de février à avril. Elle mange, regrossit et quitte cette clinique. Abandonne la Faculté, mais garde son poste de surveillante d'externat. Recommence à maigrir.

Durant les grandes vacances, ses parents lui achètent une 2 CV pour lui faire plaisir et, en compagnie de deux amies, va passer tout le mois de juillet en Allemagne. En août, accompagne ses parents en Corse, mais rentre à Lyon au bout de huit jours.

Durant cette période, elle éprouve en certains jours de la détente et du bonheur mais plus souvent elle est dépressive et pleure très souvent. Parallèlement à cette inversion de l'humeur, elle a des moments de boulimie et d'anorexie.

*En 1963-1964 :* Elle a 21-22 ans. Obtient une bourse pour aller étudier un an en Allemagne à l'Université de Sarrebrück.

Notre attention est retenue par deux faits au cours de cette période, précédant son départ en Allemagne.

— Elle choisit un poste de surveillante d'internat (de nuit) pour être libre dans la journée et pouvoir s'évader, alors qu'auparavant c'était un poste de surveillante d'externat (de jour) pour pouvoir s'isoler et s'enfermer.

— Ces crises de boulimie deviennent plus fréquentes et correspondent à ces jours d'évasion.

Les deux faits sont, croyons-nous, le reflet de son état d'âme : heureuse ou malheureuse, s'évadant et c'est la boulimie, s'isolant c'est l'anorexie.

N'y aurait-il pas là un parallélisme entre cet état de boulimie-anorexie et la dépression maniaco-dépressive ?

Au cours de cette période, nous allons noter également un troisième fait.

— Arrivée à Sarrebrück, elle loge à la cité universitaire et sa chambre est mitoyenne de celle d'une jeune fille de Poitiers avec laquelle elle se lie immédiatement. Cette dernière, tenant à sa ligne d'une part, et névropathe sans doute d'autre part (peut-être même anorexique) lui donne l'idée de faire comme elle : « bien manger et aller tout de suite rejeter, il en restera quelque chose de suffisant ». Ainsi décide-t-elle, de telle façon que « ma vie s'est orientée uniquement là-dessus » ; mais alors le travail devient négligeable, elle devient morose, ne sort plus de sa chambre.

Rentre à Lyon passer les fêtes de Noël avec ses parents, repart en Allemagne, puis retour définitif à Lyon en février ne voulant plus habiter Sarrebrück.

Ne voulant plus cohabiter avec ses parents, elle vit seule dans l'appartement de sa grand-mère : « J'étais dans la dépression complète et la neurasthénie ; je restais couchée des journées entières. Boulimie et jeûne encore et toujours ».

Les parents, durant toute cette période d'état faite de renonciation, d'abattement et d'incompréhension, réagissent dans un ultime effort et la confient au Dr A... qui lui fait des séances psychanalytiques bi-hebdomadaires de Pâques à juin.

Finalement, elle le quitte et ses parents la font entrer à la clinique Saint-Vincent-de-Paul le 22 septembre 1964.

## 2) ARRIÉRATION AFFECTIVE.

Les paragraphes précédents sur notre malade nous laissent déjà percevoir cette arriération affective. Que nous apprennent-ils ?

— Tout d'abord ils nous montrent la malade témoigner son affection au lapin qu'une amie lui a offert et aussi à cet oiseau qu'elle a trouvé et qui a été le prétexte de l'école buissonnière... Evidemment, elle n'avait alors que 10 ans, ce qui peut ôter de l'intérêt à ces deux faits.

— Mais nous avons noté également, au cours de ce récit, l'immaturité affective de notre malade envers ses amis garçons : René qui l'horripilait, Bertrand qui a rompu à cause de sa froideur, etc... Ne nous dit-elle pas elle-même qu'elle se sentait en retard en ce qui concerne les relations entre garçons et filles ? Par ailleurs, nous avons été frappé par la facilité avec laquelle elle évoque ses sou-

venirs avec ses amies jeunes filles et la scotomisation presque totale de tout ce qui est garçon. Nous ne pensons pas confondre immaturation sexuelle et arriération affective.

Cette arriération affective est manifeste également en cours d'hospitalisation. En effet, jeune fille de 22 ans, elle a un chien en peluche répondant au nom de « Moustache », qu'on voit le plus souvent sur son lit, auprès de sa tête sur l'oreiller. Elle le caresse, lui parle, le peigne, le parfume et l'habille. C'est son compagnon de tous les instants auquel elle se confie. Outre « Moustache », il y a une poupée allemande. S'agit-il là de ces phantasmes de maternité qui plaident en faveur d'une identification à la mère ou plutôt d'une « non-différenciation » avec celle-ci, comme le dit Jean CARRIER ?

Pourtant, cette jeune fille n'est pas affectivement insensible ; mais les sentiments qu'elle éprouve sont froids, intellectualisés, poétisés et spiritualisés, dépourvus de toute chaleur humaine. Comment peuvent-ils en être autrement alors qu'elle a le dégoût et le mépris des choses terrestres ? C'est bien elle qui nous exprimait son « désir d'être hors du commun des mortels qui sont habituellement bien en chair, d'être regardée comme supra-terrestre, comme une créature divine sans... (bosses) qui reflètent l'imperfection humaine ». D'autres fois, elle nous confiait sans aucun orgueil « son immense besoin d'aider les autres, de faire du bien, mais toujours pour que les autres pensent que je suis extraordinaire ». Nous considérons cette sublimation, pour puérile qu'elle soit, comme un des traits fondamentaux des anorexiques mentales pures, au sujet desquelles Jean CARRIER écrit : « L'orientation centripète parfois narcissique de l'affectivité de ces adolescentes est remarquable, de même que la puérilité et la dysharmonie de leurs sentiments affectifs ».

Ce puérilisme, cet intellectualisme et ce dépouillement de toutes traces humaines, se retrouvent encore dans les sentiments que notre malade éprouve à l'égard de ses parents. Il lui semble que c'est un amour « par habitude », sans manifestation et sans éclat, elle trouve donc superflu d'embrasser ceux-ci. Elle va jusqu'à éprouver une certaine gêne et un certain ennui, lorsque son père l'embrasse le soir avant le coucher. Aux reproches de sa mère concernant ce comportement, elle se révolte mais en l'assurant, ainsi que son père, de son amour et en regrettant leur incapacité à saisir son affection dans son élévation. Reconnaissons le tragique de cette situation entre ces deux personnalités — personnalité parentale et personnalité anorexique — qui se cherchent sans se rejoindre telles que deux droites parallèles qui ne peuvent se rencontrer ni dans le temps ni dans l'espace. « Jamais je ne les ai embrassés franchement, dit-elle, c'était toujours avec un air d'ironie ». Il existe entre ces deux comportements comme un déphasage car, si cette malade était réellement intelligente, de cette intelligence pratique, lucide et réaliste, et par conséquent humaine, elle aurait pu condescendre

à la rencontre avec les siens, plutôt de condition modeste rappelons-le. Actuellement encore, mais elle n'a que trois semaines d'hospitalisation, le retour à une vision plus saine des réalités humaines est insuffisant et incomplet — (Y parviendrons-nous d'une façon totale !) — et elle nous confie : « Mon seul désir est de pouvoir vivre, c'est-à-dire, travailler, me marier, etc., pour qu'ils aient le bonheur de me voir heureuse. Ce sera pour mon père une joie suprême. Pour maman, il faudra en plus que je ne l'oublie pas dans mes visites et dans quelques petites attentions (cadeaux, services, etc... ». Ces attentions seraient remarquables si elles étaient spontanées et exprimées naturellement. Exprimés par le « commun des mortels », de tels sentiments seraient louables mais faites par la malade on a l'impression — vu le contexte général, la forme et la manière — d'une certaine condescendance qui glace...

## DEUXIEME OBSERVATION

Mlle Jacqueline C... est née à Annecy le 8 août 1947, mais habite avec sa famille à S... (Haute-Savoie).

Poids à l'entrée : 41 kg.

Taille : 1 m 62.

### I. — ETUDE DES ANTECEDENTS.

#### *Antécédents héréditaires :*

— Le père est âgé de 51 ans, il est éleveur-sélectionneur de volailles ; en même temps, il s'occupe d'une petite plantation. Il a été prisonnier pendant cinq années en Allemagne durant la guerre.

— La mère, âgée de 47 ans, aide son mari, mais tient principalement son intérieur. Elle fut réglée tardivement à l'âge de 17 ans.

On ne trouve pas, soit chez eux, soit dans leur ascendance, d'antécédents éthyliques, tuberculeux ou neuro-psychiatrique.

La mère a eu quatre grossesses :

— Jacqueline (notre malade), actuellement âgée de 17 ans (aucune complication à la naissance ; pas de forceps).

— Première fausse-couche.

— Françoise, actuellement âgée de 12 ans.

— Deuxième fausse-couche.

Il s'agit en tout cas de fausses-couches spontanées, la mère éprouvant beaucoup de peine à chaque accident, jalousant les autres femmes qui mènent leurs grossesses à terme.

En outre, manifestations lipothymiques fréquentes au moment d'énervement ou de colère lors de contrariétés ou de disputes (troubles névropathiques ou dystonie neuro-végétative ?).

#### *Antécédents collatéraux :*

— Une sœur, Françoise. Notre malade dit avoir été déçue à la naissance de celle-ci, ayant toujours souhaité un frère sans qu'elle puisse nous préciser les raisons de ce désir.

Lors de la naissance de Françoise, voulant éviter les questions indiscrettes de sa fille d'une part et la rassurer d'autre part, sa mère lui dit l'avoir achetée à la clinique. « Pourquoi, alors, ne pas

m'avoir acheté un petit frère », répondit-elle. « Parce qu'il coûte trop cher ! », déclara la mère décontenancée.

Ce n'est que plus tard, à l'âge de 8-9 ans, qu'elle apprend par l'une de ses camarades la vérité sur la conception de sa sœur. Elle questionne sa mère qui le lui confirme avec beaucoup de gêne. De cette révélation pourtant la malade ne garde aucun souvenir.

Nous voulons signaler également dans ce paragraphe l'existence :

— D'une cousine âgée de 17 ans, mesurant près de 1 m 70, pesant pas loin de 80 kgs. « Il n'est pas normal d'être aussi grosse », dit-elle. N'est pas heureuse chez elle, car étant « très forte » sa mère lui fait accomplir aussi bien le ménage que les tâches de la terre. Très en retard du point de vue scolaire, puisqu'à 17 ans elle prépare le B.E.P.C.

— Une autre cousine de 22 ans, mesurant 1 m 75 et pesant près de 75 kgs, sténo-dactylo, et qui va se marier bientôt.

#### *Antécédents personnels :*

— Souvent des angines pendant l'enfance. Opérée des végétations à l'âge de 7 ans. Deux ans plus tard, affection urinaire avec mictions fréquentes et brûlures, on parle alors d'une histoire colibacillaire.

Rougeolle, oreillons, primo-infection tuberculeuse à l'âge de 10 ans. Pas de scarlatine, de coqueluche ou de varicelle.

Pas d'affections pulmonaires ou tuberculeuses, rhumatismales ou cardiaques.

Depuis l'âge de 13-14 ans, troubles circulatoires au niveau des membres inférieurs qui deviennent violets et marbrés

C'est à 15-16 ans, principalement, qu'elle prend — comme lors de notre précédente observation — conscience de la « réalité de son corps », qu'elle découvre pour la première fois, passant de longs moments à se regarder dans la glace, analysant ses infirmités : « yeux exorbités, gros nez, grosses jambes et grosses cuisses, etc... ». Soulignons que cette prise de conscience douloureuse a été émuissée par les réflexions plus ou moins récentes de certaines de ses camarades à ce sujet. Cette « découverte réaliste » fait croître l'inquiétude chez elle et une angoisse commence à l'étreindre, qu'elle domine encore, pas pour longtemps, son milieu familial, sa mère principalement, allant précipiter les choses.

## II. — ETUDES DE LA MALADE A L'ENTREE.

Nous sommes d'emblée frappé par le physique et l'attitude de la mère qui mesure plus de 1 m 80, droite, le torse bombé, les épaules larges et la tête haute, présentant une cécité de l'O.G. On est un peu choqué de sa masculinité qui se retrouve même dans la voix et dans la démarche.

La malade nous a été confiée par le Dr D.-L...

Fine, menue, résignée, timide, un semblant de sourire aux lèvres et les gestes rares.

L'interrogatoire fait découvrir la triade symptomatique organique : anorexie, aménorrhée et amaigrissement. Ses réponses se limitent à oui, non ou à un simple hochement de tête. Impression de percevoir chez elle, peut-être pas de l'hostilité, mais une certaine méfiance. Son regard est inquiet.

Au sujet de cette aménorrhée, disons de suite que la malade n'a jamais été réglée sauf une seule fois à l'âge de 15-16 ans, au sur-lendemain d'un choc émotionnel important. « Elles ont duré 9 à 10 jours, c'était pas marrant du tout de rester seule, regarder les autres se baigner à la mer... Je me maudissais ».

Rappelons d'autre part, que la mère de notre malade a été réglée tardivement à l'âge de 17 ans.

Signalons aussi que cette malade avait fait deux séjours hospitaliers dans le service du Dr D.-L... avant qu'elle ne nous ait été confiée :

— Premier séjour en janvier 1964 où elle reste 15 jours. Poids à l'entrée : 40 kg. A la sortie, elle n'avait gagné que 400 gr.

— Deuxième séjour en mars où elle reste un peu plus d'un mois ; son poids à l'entrée était alors de 36 kg et à la sortie de 41 kg.

### III. — L'ETUDE PSYCHOLOGIQUE DU MILIEU PARENTAL.

Elle ne nous révèle rien de particulier que nous ne sachions déjà : le père est faible, sans autorité ; la mère (névropathe ou neuro-végétative) est très anxieuse, aigroïssée, influençable, extrêmement sensible, dominatrice, castatrice à l'égard de ses enfants « qu'elle couve beaucoup trop », aux dires de sa fille ; la sœur, quant à elle, est généreuse, affectueuse, véritable garçon manqué. Elle aime beaucoup la vie, c'est-à-dire manger, dormir et surtout s'amuser.

« L'atmosphère familiale, nous dit la malade, était bonne, calme en général, mais troublée quelquefois par mes querelles assez fréquentes avec ma mère et ma sœur. Je crois, qu'au fond, j'étais jalouse de ma sœur parce que je la trouvais belle, élancée ; mais ces disputes n'étaient que passagères et nous nous regrettions mutuellement dès que nous étions séparées.

Maman me reprochait aussi de ne pas lui parler assez de ce que je faisais en classe, dans la journée ; c'est vrai, mais *il me semblait qu'elle ne me comprenait pas bien* ».

### IV. — ETUDE PSYCHOLOGIQUE DE LA MALADE.

Elle a été difficile, vu la réticence de la malade et sa presque hostilité à notre égard. De ce fait, notre psychothérapie ne pouvait avoir

accès à son cœur. Nous l'avons poursuivie sans relâche, avec beaucoup de patience, afin d'essayer de « briser la glace » entre nous, de vaincre sa méfiance et de l'amener à se confier.

Ce n'est qu'après deux à trois semaines, après un monologue stérile, au moment de la quitter, qu'elle nous retint. Qu'on veuille bien nous permettre de rapporter notre dialogue, intéressant à plus d'un titre croyons-nous :

D. — Quand est-ce que je vais partir ?

R. — ? ?... Quand vous serez guérie.

G. — C'est un peu vague, car je suis mieux.

R. — Comment se manifeste-t-il ce mieux, par rapport à la date de votre entrée ?

R. — Je suis moins énervée.

Q. — Êtes-vous venue ici parce que vous étiez énervée ?

R. — D'abord je ne suis pas venue ici de mon plein gré, et puis je ne voulais pas manger, ce qui a entraîné mon amaigrissement.

Q. — Pourquoi ne vouliez-vous pas manger ?

R. — Pour ne pas grossir.

Q. — Aviez-vous fixé un poids au-dessous duquel vous ne vouliez pas descendre ?

R. — Je pesais 45 kg et ne voulais pas dépasser ce poids.

Q. — Vous n'êtes pas arrivée non plus à vous y maintenir, puisque vous êtes descendue à 36 kg ?

R. — Oui, je ne comprends rien !

Q. — Ne croyez-vous pas, également, qu'en dehors de l'intervention de vos parents vous auriez mis votre vie en danger, en descendant encore plus bas l'échelle de votre poids jusqu'à devenir cachectique ?

R. — (Temps de réflexion, puis un mouvement de surprise.) Je ne me suis pas rendue compte...

Nous avons eu réellement l'impression qu'il s'est agi pour la malade, comme d'une prise de conscience ou plus exactement d'un réveil. Nous nous demandons dans quelle mesure il ne s'agissait pas auparavant — au cours de la maladie — d'un état de pseudo-éveil à l'origine d'une conscience morbide. Nous croyons que la conscience — humainement parlant — ne peut être conçue sans un état de réelle lucidité, qu'elle est biologique par conséquent. Nous pensons rejoindre selon cette conception M. PRADINES quand il écrit : « L'esprit dépasse sans doute la vie, laquelle dépasse la matière : pourtant, il n'est que la conscience de la matière par la vie ».

Q. — Cette inconscience est grave. N'y aurait-il pas autre chose à l'origine de ce refus alimentaire ?

R. — Non, je ne voulais pas grossir... et puis je voulais me venger.

Q. — Vous venger de qui et de quoi ?

R. — De « tout », de tout le monde, de toute ma famille, de tout ce qui m'embête, et de toute cette « situation » dans laquelle j'étouffais :

— Depuis un an ou deux, ce sont des scènes à n'en plus finir avec « ma mère », toujours au sujet de l'alimentation.

— De mes tantes qui étaient heureuses de venir « mettre de l'huile sur le feu ».

— De mon grand-père paternel qui « ricanait » et qui trouvait que maman n'était pas assez sévère avec nous, répétant continuellement : « De mon temps... ».

— D'une religieuse au pensionnat qui me servait et me surveillait tout au long de mon repas.

— De « tout ».

Q. — Etiez-vous aussi malheureuse que cela ?

R. — Vous ne pouvez pas l'imaginer, docteur, « l'atmosphère familiale devenait invivable, ce que je me reprochais sans arrêt. Je me sentais coupable par ailleurs des dépenses que j'occasionnais à ma famille, de la nourriture que je jettais alors que beaucoup ne mangent pas à leur faim, de ne pouvoir me dominer, de me sentir enchaînée. J'étais dégoûtée de la vie et il me semblait que j'étais marquée pour être malheureuse. Je ne croyais pas au bonheur ; alors, puisque j'étais un fléau pour tout le monde, j'aurais mieux aimé ne pas vivre, mourir, ainsi tout le monde aurait été débarrassé de moi. Mais je n'avais pas eu le courage de me suicider, pourtant quand je suis arrivée ici, je ne voyais pas d'autre issue.

Quand j'allais à table, je n'avais pas l'intention *de ne rien manger*, mais dès que je voyais qu'on commençait à m'obliger d'avaler les aliments, je me rebiffais, c'était plus fort que moi... Pour reperdre ce que j'avais pris, je m'activais, veillais le soir, si bien que j'étais très énervée et même impossible.

Ma sœur, elle, on ne la forçait pas à manger tandis que moi, on ne tenait pas compte de mon point de vue ».

Il est facile, devant cette description de la malade par elle-même, de penser à une dépression réactionnelle en face de situations difficiles, mais comme le dit justement J. BOREL : « Il n'appartient pas à une idée de se dresser contre le dynamisme physiologique, à plus forte raison de l'inhiber ; un idéal ne peut s'abstraire des conditions vitales d'existence..., une aspiration morale ne peut pas vaincre, moins encore supprimer la force de l'instinct quand il s'agit du plus puissant de tous, la conservation de l'individu, sustentée par l'exigence impérative des besoins nutritifs qui plie sous sa loi tous les êtres vivants... Nous ne voyons qu'un état susceptible de produire ce genre particulier (voir chapitre : Etiopathogénie) de troubles fonctionnels, c'est la dépression mélancolique... ».

Tel est le dialogue que nous avons eu avec la malade. Par la suite, le contact avec elle fut très facile, agréable même. C'est ainsi que nous avons été tenu au courant de l'évolution de sa personnalité et de son niveau intellectuel :

*Jusqu'à l'âge de 5-6 ans* : Notre jeune malade reste à la maison à aider ses parents. Aucun souvenir frappant durant cette période nous dit-elle.

*A 6-7 ans* : Elle fréquente l'école publique. Bon rendement scolaire jusqu'à l'âge de 10-11 ans où tout allait parfaitement bien.

*A 11-12 ans* : Les parents étant catholiques décident de la mettre, comme pensionnaire, dans une école religieuse chez les sœurs de Saint-Joseph, à 5-6 km de leur résidence, où elle entre en classe de 6<sup>e</sup>. Ce fut un véritable calvaire pour notre malade : « Les autres pensionnaires étaient plus aisées que moi, me boudaient, me reprochaient mes origines et ne voulaient pas me fréquenter ou jouer avec moi ». Cette vie a duré près de deux ans où elle se tenait seule à l'écart, s'isolant pour pleurer. L'intervention véhémement de sa mère auprès de la directrice, tout à fait au début, ne changea rien à la situation, la sœur-mère lui ayant répondu : « Ce sont des enfants », et l'ayant rassurée.

Notre malade se replie sur elle-même, ne dira plus rien à ses parents et se jette sur ses études, obtenant assez facilement la première place.

*A partir de 14-15 ans (classe de 3<sup>e</sup>)* : Elle est externe, ses parents lui ayant acheté un Vélo-Solex pour faire le parcours.

*A 15-16 ans (classe de seconde)* : La malade situe le début de son amaigrissement. Accompagne à contre-cœur une cousine (avec laquelle elle ne s'entend pas très bien) dans un camp en Vendée, alors qu'elle aurait préféré aller avec ses parents dans le Midi. Adaptation difficile. Un soir où il faisait beaucoup de vent, elle a une très grande frayeur, ayant aperçu des mains à travers les fenêtres (c'étaient des garçons qui venaient faire des farces), et elle passe ainsi une nuit sans dormir dans le même lit que l'une de ses camarades où elle s'était réfugiée. « Le lendemain, j'avais mal au ventre et suis restée au lit presque toute la journée ; je n'ai pratiquement rien mangé. Le surlendemain, mes règles sont venues pour la première fois et ont duré 9 à 10 jours. Ce n'était pas marquant du tout. Je m'ennuyais encore plus qu'auparavant et l'idée de ne pas grossir, que j'avais depuis quelque temps seulement me domina complètement. Je ne mangeais presque plus rien et maigrissais d'autant plus que nous faisions jusqu'à 10 ou 15 km par jour et ne dormions pas avant onze heures ou minuit. En rentrant de vacances, j'étais épuisée et avais maigri de 3 kg ». Devant l'état de notre malade, l'inquiétude de la mère est grande, et dès ce jour commence la « revue » des médecins : médecin de

famille, spécialiste des maladies pulmonaires, homéopathe, etc... Elle maigrit encore de 5 kg, au désespoir de sa mère, ce qui n'arrangeait pas les choses.

Finalement, le Dr D.-L... la fait hospitaliser à deux reprises dans son service avant de nous la confier.

Nous avons demandé à la malade si elle avait été prévenue de l'arrivée de ses règles. Elle nous répondit qu'elle l'avait été indirectement (à l'âge de 11-12 ans), ayant un jour surpris le phénomène chez sa mère. Elle fut très inquiète, alors, et se renseigna sur la santé de celle-ci qui la gronda la traitant de curieuse. Toujours anxieuse et redoutant qu'il ne survint quelque chose à sa mère, elle revint à la charge et obtint satisfaction non sans avoir été réprimandée.

En analysant en définitive cette observation, nous pouvons comme durant la précédente observation mettre en évidence :

— Période de pré-événement-choc qui correspond à la situation insécurisante se prolongeant indéfiniment (c'est le temps de latence), entretenue par la famille et la personnalité propre de la malade.

— Période d'événement-choc (à 15-16 ans) représentée essentiellement là aussi par la « découverte réaliste de son corps » avec ses imperfections, mais également par cette « frayeur » qu'elle a eu dans son camp en Vendée au cours des vacances qu'elle aurait aimé passer avec ses parents dans le Midi.

— Période de post-événement-choc avec les manifestations apparentes de la maladie.

## CHAPITRE TROISIEME

### ETUDE ETIO-PATHOGENIQUE

#### Préliminaires

D'abord, et bien qu'ayant parlé, au cours des deux chapitres précédents, de troubles nerveux ou psychologiques, et énuméré diverses conceptions quant à la pathogénie de cette maladie, il est facile de remarquer que la nature et l'analyse de ce trouble n'ont pas été abordées. Nous allons tenter de combler cette lacune, en évoquant, avant de développer plus à fond ce sujet, deux articles récents qui reprennent en partie les thèses antérieures, et que nous nous autorisons de discuter.

Du reste, la nature de ce trouble et son analyse vont retenir tout particulièrement notre attention tout au long de la première partie de ce travail, et nous permettre, enfin, de pénétrer le mystère de l'anorexique, et d'orienter notre psychothérapie.

#### Conception de J. Decourt : Exposé et critique

Dans un article-interview, J. DECOURT résume et le symptôme anorexie qui n'est pas toujours réel, « du moins au début... certaines malades ayant voulu d'abord maigrir et ont dû lutter contre la sensation de faim », et le symptôme mental qui n'est pas toujours évident, il n'y a, dit-il, « que des troubles caractériels, d'une banalité apparente, sans aucun déficit proprement intellectuel ». Il préconise à son tour un vocabulaire un peu barbare, celui de « Oligophagie psycho-névrotique ».

En fait, dans la majorité des cas, quand il s'agit d'une Anorexie Mentale Vraie, que nous essayerons de définir et de limi-

ter au cours de ce travail, ce jugement nous paraît assez hasardeux. L'interrogatoire, souple et confiant, que nous avons mené auprès de nos jeunes malades au cours de leur hospitalisation d'une part, et l'enquête familiale que nous avons continuellement poursuivie d'autre part, nous confirme dans notre opinion à savoir, que l'Anorexie s'installe progressivement en même temps qu'apparaît le trouble psychologique lui-même ; se renforce et se consolide en même temps que le trouble lui-même s'enracine engendrant, de cette façon, un « état mental particulier » pour reprendre le terme de HUCHARD, s'amplifiant au fil des jours, allant même, jusqu'à donner au sujet atteint, une allure psychotique pouvant induire en erreur le diagnostic, « qui se développe dans la période de transformation pubérale et dans la période de l'adaptation de l'être jeune au monde des réalités de l'adulte » (J. CARRIER).

Par ailleurs, et pour peu que le milieu familial soit particulier, la malade ou plus exactement le trouble psychologique, trouve un terrain propice de développement et d'incrustation, ne permettant pas une mutation harmonieuse de l'adolescence à l'âge adulte. Il ne nous semble pas, par conséquent, qu'il faille considérer l'Anorexie Mentale comme la conséquence de ce déséquilibre familial ou que celui-ci soit la cause de la maladie ; il ne représente à nos yeux qu'un facteur favorisant au déroulement de cette affection.

### **Conception de R. Vallet : Exposé et critique**

Pour R. VALLET, l'Anorexie Mentale est assimilée à l'hystérie ou est une manifestation hystérique. En effet dit-il : « Qu'y a-t-il de commun en apparence entre cette jeune anorexique mentale, maniérée et cachectique, et cet ancien mineur présentant une paraplégie quelques mois après un traumatisme lombaire par éboulement... ? On ne peut comprendre les liens unissant ces états, si l'on ne démystifie pas, au préalable, la supercherie hystérique ». Il est, par ailleurs, intéressant de dire, que la conception de R. VALLET sur l'hystérie, n'est plus celle du pithiatisme de BABINSKI où « le pithiatique est un simulateur de bonne foi », mais selon celle de BOISSEAU où « l'accident pithiatique n'est autre chose qu'un accident simulé volon-

tairement dans l'intention de tromper et dans un but intéressé ». « L'hystérie pour l'auteur, est, par conséquent, une simulation totale, volontaire et consciente ; elle obéit à des mobiles précis, déterminés mais cachés ». Ainsi connue, l'Anorexie Mentale infantile est une manifestation hystérique consistant en une « conduite expressive de défense en réaction à un choc émotionnel, un traumatisme affectif ou une situation affectivement douloureuse, le sujet prend la décision de se réfugier dans la maladie ». Mais, ne fermant la porte à aucune éventualité, il reconnaît, comme les auteurs d'alors, qu'il existe dans l'hystérie des formes cliniques marginales ou associées et que « cette variété infinie de formes hybrides a pu, légitimement égarer, dans la mesure même, où ont été minimisées ou négligées, les répercussions psychologiques de troubles authentiques sur le sujet ».

Admise comme telle, il existerait, alors, dans l'Anorexie Mentale un trouble authentique primaire, qui serait l'hystérie, laquelle entraînerait des troubles secondaires et résultants qui sont les manifestations organiques.

En fait, le comportement de la conduite hystérique nécessite l'existence d'un conditionnement héréditaire ou acquis ainsi que d'une infrastructure névrotique. Mais plus que par les symptômes, qui prennent leur source et leur sens dans l'inconscient des malades, l'hystérique doit être défini par rapport à la structure de sa personne caractérisée par la psychoplasticité, la suggestibilité, la mythomanie et la formation imaginaire de son personnage. Ces traits et caractères, nous ne les trouvons pas dans l'Anorexie Mentale Vraie et nous ne pouvons invoquer une soi-disante « force de motivation... inaccessible à notre esprit occidental ».

PITRES disait par ailleurs : « On naît hystérique, on ne le devient pas ».

#### **Distinctions entre syndromes anorexiques et anorexie mentale proprement dite**

Quant à nous, nous voulons affirmer d'emblée, afin d'éviter les confusions et interprétations ultérieures, la distinction chère à P. CARRIER :

— D'une part le syndrome anorexique, que nous pouvons trouver au cours de nombreuses affections à titre épisodique, symptomatique ou contingent, et qui se traduit sur le plan clinique, par les mêmes manifestations pathologiques que celles de l'Anorexie Mentale. A ce cadre appartiennent les Anorexies Mentales de J. DECOURT, de R. VALLET et de beaucoup d'autres.

Le cas rapporté par C. BARRÉ, H. BECK, etc., en est un exemple frappant, les auteurs reconnaissant, eux-mêmes, que « dans l'étude des antécédents de cette enfant, on apprend l'existence de plusieurs épisodes précédemment reconnus comme hystériques... » et, plus loin, « cette malade est d'un comportement renfermé à composante schizoïde... » et, encore plus loin, « la rencontre d'un exhibitionniste lui a donné un dégoût des sujets gros ».

Nous pensons également la même chose du cas rapporté par Mme NAVIAU, Cl. BARRÉ, et J.P. DUQUENNE, où les motivations réactionnelles du début de l'affection (fatigue due à un long trimestre scolaire ayant occasionné maux de tête et inappétence, cuti-réaction très positive, accès de fièvre, etc.) ont fixé la malade, par le truchement d'un milieu familial déséquilibré manifestement anxieux avec un père névrosé et dépendant vis-à-vis de sa femme », dans un état névropathique avec préoccupations hypocondriaques angoissantes, refus quasi total d'aliments, attitude captative envers sa famille ».

Enfin, nous voulons citer l'observation de R. VERCEL et A. ROSOY sur « un cas de cachexie hypophysaire secondaire par abus systématique de laxatif : incidence psycho-somatique » qui, bien que ne relatant pas un cas de restriction alimentaire, s'en rapproche étroitement par la psychogenèse des troubles et leur action sur l'organisme, qui montre aussi l'importance de l'interrogatoire et de l'enquête avant de poser le diagnostic positif de l'Anorexie Mentale devant les symptômes majeurs organiques (Anorexie, Amaigrissement, Aménorrhée) que nous voyons au cours de cette maladie.

— D'autre part, l'Anorexie Mentale proprement dite, en tant qu'entité pathologique évidente, avec son cadre nosologique propre qui se caractérise, non pas tellement par les manifestations organiques qui sont certes nécessaires pour le diagnostic, mais, surtout, par le trouble psychologique important, par la

notion d'âge (généralement jeunes filles entre 14 et 19 ans), par le milieu familial angoissant, sans lesquels le diagnostic ne peut s'établir.

Nous trouvons, également, cette systématisation, à laquelle nous attachons beaucoup d'importance, dans une étude anamnétique détaillée et très instructive de Arthur KING, où il distingue les Anorexies Mentales primaires, d'une part, qui sont la conséquence du déplaisir de manger, apparaissant dans les sept premières années qui suivent la puberté et se caractérisant de suite par l'anorexie et l'aménorrhée ; et les Anorexies Mentales secondaires, d'autre part, qui obéissent à des motivations variables, délirantes, phobiques, ou dépressives, apparaissant à n'importe quel âge et se caractérisant par des manifestations névrotiques.

## **Etio-pathogénie**

### **Considérations générales et classification des anorexiques mentales**

L'Anorexie Mentale appartient presque exclusivement au sexe féminin ; à cet âge critique de l'adolescence, difficile par la mutation aussi bien physique que psychique qui doit s'effectuer de l'enfance à l'âge adulte.

Il y a très peu d'observations sur cette maladie concernant le sexe masculin, nous-mêmes n'avons vu qu'un seul cas chez un garçon de 14 ans.

Nous n'étudierons pas, non plus, l'Anorexie Mentale de l'enfant ou même du nourrisson, mais nous nous contenterons de citer les articles de MM. FRANÇOIS et BEAUPÈRE à ce sujet.

Notre attention, par conséquent, sera tout particulièrement centrée, et principalement orientée, sur l'Anorexie Mentale des jeunes filles. Et d'abord qui sont ces jeunes filles qui font de l'Anorexie Mentale ? L'analyse des observations de ces malades nous a amené à les classer en trois catégories :

a) Groupe de malades socialement et intellectuellement évoluées appartenant à un milieu parental lui-même socialement

et intellectuellement évolué, mais pathologique par son comportement caractérisé par l'opposition qui existe entre une mère anxieuse et fébrile au sujet de son enfant, trop près de celui-ci, exerçant sur lui une « véritable tyrannie affective », le réduisant au rang d'un objet et annihilant en conséquence sa personnalité, et un père démissionnaire et effacé (nous reviendrons plus loin sur ce double aspect du problème).

Ici la malade est en lutte contre cette frustration, lutte qu'elle éprouve au fond d'elle-même, en sourdine, l'épuisant à la longue.

b) Groupe de malades socialement et intellectuellement évoluées appartenant à un milieu parental socialement et intellectuellement peu évolué, obnubilé par l'« arrivée » de leur enfant, manifestant à son égard une affection excessive et attentionnée mais mal contrôlée.

Ici, nous avons affaire à des malades inadaptées à cette situation nouvelle, angoissées et en désarroi devant le monde présent avec son réalisme social.

c) Enfin, il existe des jeunes filles qui ne répondent pas à cette double qualification (milieu parental sain socialement et intellectuellement évolué) et qui font de l'Anorexie Mentale.

Ce sont celles-ci qui solliciteront le plus la réflexion, car, on ne trouve pas chez elles des motivations extrinsèques pour expliquer l'installation de la maladie ; il s'agit dans ce cas d'Anorexie Mentale pure dépouillée de ces éléments accessoires auxquels on accorde une certaine causalité.

Quant aux deux premiers groupes de malades qu'on a aisément qualifiées de « réactionnelles », il nous semble que, malgré l'importance accordée à ces raisons premières, ou à ces situations difficiles, celles-ci n'auraient pas réussi à faire apparaître la maladie, si déjà au préalable, la personnalité elle-même de la malade n'était touchée dans ses fondements psychologiques. Prédispositions ? peut-être, mais nous n'osons l'affirmer. En tout cas, le comportement anorexique n'est pas un refuge, mais, plutôt, la traduction d'une conscience douloureuse et pénible chez ces malades dont « on a dit depuis longtemps ce qu'étaient celles-ci, des personnes intelligentes, morales, assez idéalistes, avec le désir de s'élever socialement, cultivant volontiers des ambitions esthétiques et, par là même,

déçues d'un milieu familial modeste et sans instruction. Peut-être s'illusionne-t-on un peu sur un niveau intellectuel estimé supérieur au moyen de tests, qui ne sollicitent que la part la plus machinale de l'esprit, celle qui n'est précisément pas l'esprit. Ces petites intellectuelles dont Léon MICHAUX rapporte l'observation, qui supportent avec peine des parents un peu vulgaires, ne cachent pas leur dédain de leurs goûts matériels, ne retiennent pas un geste d'impatience à leurs discours un peu embrouillés, ne semblent pas faire preuve d'une intelligence aussi fine et évoluée qu'elles croient ».

### **Les notions étiologiques dans l'anorexie mentale**

Il ressort, à l'étude étiologique précédente, qu'il existerait à l'origine de l'Anorexie Mentale proprement dite, deux raisons d'inégale importance susceptibles d'expliquer la maladie :

— L'existence d'un drame psycho-affectif qui naît entre le milieu parental, d'une part, et l'enfant, d'autre part, ou plus exactement, entre deux personnalités, l'une adulte déjà établie et angoissante, et l'autre en voie d'épanouissement cherchant sa plénitude, d'abord saine mais qui ne vas pas tarder à rejoindre l'angoisse des siens du fait de sa fragilité.

— Mais, plus que cette raison première, et surtout, il y a la personnalité particulière du sujet lui-même, intrinsèquement angoissée, vivant selon des considérations hautement morales et si l'on ose dire transcendantes.

Aussi, c'est sur l'étude de cette personnalité que nous allons insister qui tient en elle, pensons-nous, la clef du mystère de cette maladie. Nous ne pouvons, cependant, comprendre cette personnalité pathologique, que si, au préalable, nous connaissons l'évolution de la personnalité humaine normale depuis l'enfance, voire même la naissance, jusqu'à l'âge adulte. Ce but pensons-nous a pu être atteint grâce aux études psychologiques, mais surtout aux disciplines psychanalytiques, qui ont été, pour la psychiatrie classique, d'un enrichissement considérable.

a) PERSONNALITÉ HUMAINE NORMALE ET SON DÉVELOPPEMENT DANS  
LE TEMPS.

Nous ne pouvons faire mieux, pour comprendre celle-ci, que d'évoquer et de rappeler l'œuvre et l'étude approfondie de R. MUCCHIELLI sur ce sujet, dont nous reproduisons in extenso le résumé remarquable de X. ABELY :

« Le Professeur MUCCHIELLI qui a déjà consacré de remarquables ouvrages à la psychologie infantile, décrit dans ce nouveau livre l'évolution de la personnalité et ses vicissitudes en ses diverses phases, depuis la naissance jusqu'à l'adolescence. Ce ne sont pas seulement des âges de la vie, mais des univers successifs ayant chacun son caractère propre et sa logique interne. Dans l'intervalle de ces étapes on note la résistance à la métamorphose que doit accomplir l'univers suivant. Chacune de ces phases présente des moments particulièrement sensibles pendant lesquelles le comportement des parents peut avoir des conséquences graves.

L'univers des deux premières années est centré sur les relations avec la mère qui joue un rôle prépondérant sinon exclusif, les autres personnes ou les objets ne figurant que comme satellites de la mère.

L'univers de deux à six ans est un univers magique où le réel et l'imaginaire se confondent, où règne l'animisme. Chaque chose est dotée d'intention et de sentiment et n'existe que par rapport au moi. Ce mode de pensée subjectif et affectif se caractérise aussi, sous toutes ses formes, par son caractère global, syncrétique. On appréciera particulièrement l'interprétation élevée de la phase œdipienne.

L'univers suivant de la première socialisation constitue la révélation d'un monde nouveau, différent de celui de la maison plus objectif, plus réaliste : les camarades d'école et de jeu, le maître ou la maîtresse, la famille élargie. L'enfant sort de la période égocentrique et devient capable de comprendre les relations entre les êtres et entre les choses. A ce stade d'assimilation intense et de bourgeonnement d'un moi encore bien fragile, l'évolution affective court bien des risques.

L'univers de la puberté est essentiellement un monde narcissique marqué par la poussée de la personnalité, de l'affirmation de soi, de la volonté de puissance, l'identification avec un

personnage idéal, le goût du secret, l'éveil de la sexualité. Le moi se complait en lui-même et modifie son opinion sur l'entourage.

L'univers de l'adolescence évolue en trois étapes : une phase hétérosexuelle toute imprégnée de romantisme ; une phase d'amitiés multiples que marque un retour vers le réalisme ; enfin la phase dramatique de la crise d'originalité juvénile. Entre le monde passé violemment mis en question, et le monde futur avec son réalisme social, l'adolescent flotte et hésite. Cette dernière mue, dont doit sortir l'adulte, ne se fait pas sans désarroi et sans souffrance.

Ce résumé par trop bref et trop schématique ne donne qu'un faible aperçu de la richesse de cet ouvrage, de l'analyse approfondie et détaillée de chaque étape avec ses essors et ses périls de son abondante documentation. L'auteur insiste sur ce fait que rien ne se perd de ce passé et que, dans l'édification de la personnalité adulte, persiste, à chaque étage, les ensembles qui se sont constitués au cours de cette vaste stratification. Un incident plus ou moins brutal peut faire reparaître une réaction, jaillie du passé, issue d'un niveau inférieur.

Le Professeur MUCCHIELLI s'était proposé plusieurs buts, qu'il a parfaitement atteints : faire comprendre directement l'enfant, faire comprendre les processus pathologiques, par régression notamment, observés autour de l'évolution de la personnalité ; faire comprendre certaines conduites des adultes ; montrer combien les parents peuvent engager leur responsabilité non seulement à l'égard de l'enfant mais aussi de la Société, enfin déterminer les valeurs et les normes de l'intervention des éducateurs et des psychologues ».

Il serait trop prétentieux, d'ajouter quoi que ce soit à l'autorité qui vient d'exprimer si clairement son opinion au sujet de cet ouvrage ; c'est pourquoi nous nous contenterons d'affirmer, que celui-ci peut grandement aider à la compréhension du comportement qui caractérise les sujets atteints de cette grave maladie qu'est l'Anorexie Mentale.

## b) PERSONNALITÉ ANOREXIQUE.

Si telles étaient, en effet, les étapes naturelles par lesquelles chemine la personnalité de l'enfant pour se développer et

s'affirmer dans l'âge adulte, on comprendra facilement, qu'une faute d'éducation puisse perturber cette évolution normale, et faire reparaître une réaction, jaillie du passé, issue d'un niveau inférieur. La personnalité anorexique est dès lors particulière et a été décrite d'une façon remarquable par J. CARRIER au cours d'une conférence faite à la Société de Neuro-Psychiatrie Médico-Sociale de la Région Lyonnaise en mars 1963. C'est une personnalité singulière, un mode de conception, une forme de l'esprit qui trouve son épanouissement dans le plus profond du moi. Cette jeune anorexique vit comme nous le disions plus haut selon des considérations hautement morales sinon transcendantes.

a) *Le niveau intellectuel* est dans la majorité des cas normal, souvent supérieur à la normale d'après F. DUBOIS qui a pratiqué le test de Weshler-Bellevue. Nous avons rencontré assez souvent de petites débiles mentales, mais d'une façon générale le développement intellectuel fut précoce avec un bon rendement scolaire et supérieur à celui du milieu familial. Ces jeunes filles sont vives, spirituelles, parfois caustiques, leur caractère n'est pas toujours facile, elles sont susceptibles ou irritables. MICHAUX et Mlle JANNET ont insisté sur l'affirmation d'intellectualisme pur amenant la répudiation de toute préoccupation matérielle ; on décèle parfois un élan vers le spiritualisme, un esprit de mortification, le désir de sublimation, on a insisté par ailleurs sur l'exubérance de l'imagination, la manifestation de goûts artistiques orientés vers le roman, le théâtre, une propension à faire étalage d'une culture plus superficielle que réelle, une tendance à la fabulation, à la coquetterie, à la mise en scène qui, associées parfois à la suggestibilité, s'accompagnent aussi de manifestations hystériques.

β) En opposition avec l'évolution intellectuelle, *l'arriération affective* est constante et a été reconnue depuis fort longtemps. D'autre part, bien des symptômes plaident en faveur de fixation orale mais c'est surtout la fixation parentale qui est génératrice du conflit, il s'agit plutôt d'une identification à la mère ou plutôt d'une « non-différenciation » en faveur de laquelle plaident les fantasmes de maternité (poupées). L'orientation centripète, parfois narcissique de l'affectivité de ces adolescentes est remarquable de même que la puérilité et la dyshar-

monie de leurs sentiments affectifs. M. PLICHET a dit par exemple que « la rupture sentimentale est souvent provoquée par la jeune fille qui redoute tout ce qui prépare ou fait prévoir la relation sexuelle imaginée comme un acte sale, répugnant », interdit, ajouterons-nous. Par contre, les rêveries imaginatives, les sentiments amoureux de la jeune fille s'adressent souvent à des personnes peu connues ou imaginées, elles expliquent aussi l'attachement exagéré, quelquefois passionnel, à des camarades, à des professeurs (on retrouve cette notion dans plusieurs de nos observations).

Le refus d'une vie sentimentale réelle, la mauvaise adaptation à une vie sentimentale particulière aboutissent fréquemment à des états névrotiques, l'anorexie apparaît liée à ces anomalies évolutives où intervient encore le sentiment de frustration affective (elle se déclenche parfois assez longtemps après l'événement déclenchant).

Ce retard du développement affectif peut se retrouver, selon LABOUCARIE et BARRÈS, bien après l'adolescence ; ils l'ont vu s'expliquer dans 3 cas d'Anorexie tardives. M. PLICHET en rapporte les effets chez cinq femmes mariées anorexiques qui selon leurs conceptions puériles et idéalistes sont déçues de la réalité ; elle cite aussi deux cas où est évidente la frustration des instincts maternels. La rivalité avec la fratrie, la perte d'un frère, l'éloignement de la fratrie, sont aussi des situations capables de déclencher l'Anorexie.

Cette arriération affective est parfois peu explicite mais des entretiens psychothérapiques banaux la révèlent à coup sûr.

LABOUCARIE et BARRÈS indiquent l'intérêt du test de RORSCHACH qui révèle constamment de l'angoisse et des réponses significatives de troubles du développement affectif liés à l'insécurité apportée par le père ou à l'angoisse éveillée par la mère ; on note aussi des réponses révélatrices d'une pensée rigide avec difficulté d'adaptation au réel.

Nous voulons souligner à l'issue de cette étude les notions d'intellectualisme pur, de répudiation de toute préoccupation matérielle, de spiritualisme, de mortification, de sublimation, d'angoisse et enfin d'insécurité dont nous verrons plus loin les raisons qui motivent l'importance que nous leur attachons.

### c) PERSONNALITÉ PARENTALE.

Nous la décomposerons en personnalité de la mère, personnalité du père, personnalité de la fratrie.

a) *Personnalité de la mère* : Généralement, il s'agit d'un comportement anxieux d'une mère excessivement attentionnée exerçant une véritable tyrannie affective sur son jeune enfant, créant un état de tension qui sera ressenti douloureusement par les enfants qui vont réagir différemment, chacun à sa façon. Vu sa nature sensible, idéaliste,... notre future malade va développer son Anorexie. Nous pensons que les psychanalystes devraient bien s'intéresser à cet aspect tout particulier de la maladie pour éclairer cette conduite maternelle et le mobile profond qui la motive, car cette conduite est responsable en partie des rechutes que nous voyons quelquefois. A. KING parle d'une mère dominante et autoritaire contrastant avec un père passif.

Plus exceptionnellement cependant, la mère est distante et rigide, éloignée sur le plan affectif de ses enfants, enfin sombre dans ses conceptions. On ne trouve pas auprès d'elle la chaleur maternelle nécessaire à la création de la confiance.

β) *Personnalité du père* : Elle est l'inverse de celle de la mère, on peut dire que généralement celui-ci est effacé, indifférent et faible, peut-être est-il lui-même étouffé par la personnalité de sa compagne. Exceptionnellement, il remplace la mère par son empressement.

Il existerait ainsi une sorte de balancement entre ces deux comportements, celui du père et de la mère.

γ) *Personnalité de la fratrie* : Le moins que l'on puisse dire est qu'il n'y a pas d'harmonie, chacun réagissant selon son tempérament et sa personnalité : révolté ou résigné, grossier ou délicat, etc...

En conclusion, nous avons affaire à un milieu, et nous pensons tout particulièrement à la mère, hyperprotecteur, exclusif et castrateur qui va hâter l'apparition de l'Anorexie jusqu'alors en état de gestation, l'entretenir et la renforcer.

## **Pathogénie proprement dite : anorexie mentale et dépression mélancolique**

Mais, il est légitime de se demander quelle peut être la raison première ou plus exactement le *primum movens* de cette personnalité, de cette conduite, qui existe en dehors de toute altération lésionnelle ?

Nous abordons ici le fond du problème. En effet, on a essayé de comprendre cette malade :

a) « Les explorations analytiques du subconscient... ramènent toujours les mêmes éléments, les mêmes prétendus complexes, les mêmes souvenirs refoulés à l'usage de toutes les affections, de tous les syndromes et de toutes les attitudes. Cette banalité même s'exclue de l'étiologie d'un état aussi singulier. »

b) Par contre, l'exploration du champ de la conscience elle-même nous paraît de beaucoup plus importante et si l'on réussit d'entrée à inspirer confiance à cette jeune malade, on voit qu'elle est naturelle et simple, « sans ombre d'extravagance, sensible, émotive comme il se doit, fine... les conversations auxquelles elle se prête volontiers, laissent deviner une délicatesse de sentiments, une pudeur extrême, une aspiration idéale qu'on identifierait aisément à une tendance mystique ». En fait, cette jeune fille soumise à la surveillance continue de sa famille, inquiète à juste titre de l'état de santé leur fille, exposée à subir leurs conseils ou leurs remontrances, est réticente lors des premiers contacts qui sont difficiles, parfois même hostiles et méfiants.

Ainsi, en face de cette psychologie particulière de la malade, faite d'intellectualisme pur, de spiritualisme, de mortifications, de sublimation, d'angoisses et d'insécurité, ainsi en face disions-nous, il y a « le refus de manger, élément primordial et même unique de la situation... saisi dans sa nature élémentaire..., un conflit suggestif se dessine aux yeux de l'observateur entre l'idéal et le matériel, l'organique et le spirituel, le corps et l'esprit ».

Nous ne pensons pas que la psychologie du renoncement poussé à l'extrême par l'anorexique nous donne la clef de cette

conduite. En effet, « il n'appartient pas à une idée de se dresser contre le dynamisme physiologique, à plus forte raison de l'inhiber ; un idéal ne peut s'abstraire des conditions vitales d'existence... une aspiration morale ne peut pas vaincre, moins encore supprimer, la force de l'instinct quand il s'agit du plus puissant de tous, la conservation de l'individu, sous-tendue par l'exigence impérative des besoins nutritifs qui plie sous sa loi tous les êtres vivants ».

Si de nombreux travaux expérimentaux de destruction et de stimulation chez l'animal (HETHERINGTON et RANSON) comme les constatations anatomo-cliniques chez l'homme ont confirmé l'existence de centres hypothalamiques médians de la satiété et de centres latéraux de la faim, nous sommes obligés d'admettre en l'absence de toute motivation périphérique ou de lésion, une inhibition primitive des noyaux végétatifs supérieurs qui ont la charge de régler tous les métabolismes nutritifs.

« Dans le cadre de nos connaissances, nous ne voyons qu'un état susceptible de produire ce genre particulier de troubles fonctionnels, c'est la DÉPRESSION MÉLANCOLIQUE inhibitrice des tendances instinctives, génératrice d'une inappétence souvent extrême, origine du refus d'aliments... A partir de cette atteinte végétative initiale, se déroulerait secondairement, l'état mental particulier de l'Anorexique, favorisé par la qualité de son exigence morale..., le refus irréductible de manger y trouve sa force aidé par cette humeur négatrice générale, très caractéristique encore de la psychologie mélancolique. »

En effet, nous ne trouvons, à priori, aucune différence entre la malade mélancolique qui tente de se détruire par un acte brutal tel que celui d'ouvrir le gaz, de se sectionner les veines du poignet, de se jeter par la fenêtre, etc... et cet autre acte de se laisser consumer en maintenant opiniâtement cette tendance de refus alimentaire. Seuls les moyens diffèrent mais le but reste le même : supprimer la vie ; mais alors que la mélancolique confesse sa peur d'auto-destruction, l'Anorexique quant à elle reste hautaine et retranchée en deça du raisonnement moral et de l'argument métaphysique.

Ainsi, ce qui diffère dans ces deux comportements, c'est la nature des moyens pour y aboutir mais aussi la qualité en ce sens que chez l'Anorexique, sa psychologie d'une part et sa personnalité fine et délicate d'autre part, répugnent aux actes

brutaux ; la valeur intrinsèque de cette conduite de refus alimentaire qu'elle adopte serait à ses yeux plus noble et moins commune.

Si cette inhibition d'essence mélancolique, porte plus précisément sur la fonction digestive, c'est que celle-ci :

— « est la plus accessible à la volonté négatrice du sujet et en même temps celle qui se présente, à qui veut bien y appliquer son regard, comme la plus laide et la plus déplaisante des servitudes organiques » ;

— est entretenue par toute une littérature et toute une philosophie qui ont mis l'accent sur la grossièreté organique. « La Gnose, carrefour ésotérique des illuminismes chrétiens, juifs et orientaux, fait un de ses thèmes majeurs du mépris de la chair, née de la corruption, obscure prison de l'âme lumineuse. Le corps est un cadavre, un tombeau, un ennemi, un instrument d'humiliation et de souffrance qui tire l'esprit vers l'abjection ». Dans le *Traité de l'Education des Filles*, FÉNELON ne disait-il pas aussi : « C'est le corps qui mange, c'est le corps qui est semblable aux bêtes. Les bêtes ont-elles une âme ? Non », et ailleurs, « le corps, cette horreur ».

« En supprimant son alimentation, elle efface d'un coup toutes ses représentations qui lui sont nauséabondes, malséantes, odieuses, car elle supprime les actes même de la physiologie. La nutrition mise au ralenti, réduite à quelques fruits et brins de biscotte, il s'en suit une aplasie générale des fonctions digestives qui rapproche manifestement le corps de l'esprit, dans un idéal de pureté ; la perte de poids le rend plus léger, c'est-à-dire moins matériel, les vilaines graisses s'en vont, l'intérieur se nettoie, sécrétion et excrétion se tarissent. Une constipation extrême s'installe, particulièrement bien venue puisqu'elle supprime un des moments les plus pénibles de la vie animale dont le retour quotidien renforce une évocation qui ne se laisse pas refouler. »

Par ailleurs, à ce premier avantage, s'en ajoute vite un autre qui peut découler directement du précédent, mais qui le devance parfois sans lui être aucunement lié : c'est l'aménorrhée qui lui est également accessible, laide et déplaisante dans sa réalité. Là aussi, « les gnostiques n'ont pas manqué de proclamer leur répugnance pour tous les événements de la vie sexuelle, des

plus aptes en effet à affirmer la foncière animalité du corps de l'accouplement à l'enfantement », et VIGNY dans l'un de ses poèmes ne disait-il pas aussi : « La femme est un être impur de corps et d'âme » ?

« En tarissant les écoulements mensuels, l'Anorexique supprime en même temps l'évocation répétée de ses idées et images affligeantes de la sexualité. Ainsi, l'acte si simple du refus de manger suffit à écarter de la conscience, où elles s'inscrivent de façon trop aiguë et douloureuse, les pénibles représentations liées aux deux grandes fonctions organiques qui nous ramènent par les actes qu'elles exigent, au plus près des trivialités animales. »

Ainsi, devant cette conception pathogénique de l'Anorexie Mentale, que faut-il penser de toute cette symptomatologie physique évoquée par la malade, tels que gastralgies, nausées ou vomissements, etc..., ou de cette symptomatologie psychologique telles que diminution ou même perte des facultés intellectuelles en cas d'épaississement, ou enfin ces interprétations de type réactionnel telles que : « On m'appelait boulotte », « On se moquait de moi » et « l'on ne me prêtait aucune attention quand j'étais forte... ». Toutes celles-ci laissant deviner à l'arrière-plan un syndrome d'échec.

En fait, nous ne méconnaissons nullement la réalité de toute cette symptomatologie organique ou mentale, et la presque totalité des malades que nous avons rencontrées accusaient de tels symptômes. Un tube digestif aplasié sur le plan histologique depuis plusieurs mois, voire plusieurs années et réduit sur le plan anatomique au strict minimum peut souffrir et manifester sa souffrance par des signes extérieurs. Ceci conditionnera sur le plan thérapeutique une reprise alimentaire progressive. Mais tout au début, à l'installation de la maladie, il faut évoquer, nous semble-t-il, la mentalité psychologique particulière de la malade sur laquelle nous ne reviendrons pas. En effet, le milieu ambiant, familial ou social, s'il ne se laisse pas convaincre par un comportement à dominante psychologique, est au contraire plus sensible à l'égard de quelque chose de physique. Notre malade est consciente de cette évidence, ceci nous est d'ailleurs confirmé au premier contact avec la famille laquelle sans évoquer à aucun moment la mentalité de leur fille, est au contraire plus prolixe quant à ses manifestations fonce-

tionnelles telles que des crampes digestives, nausées, etc..  
« Nous avons fait tous les examens, docteur, radiographie gastrique, numération et formule sanguine, tests endocriniens, etc., et il n'y a pas d'ulcère ». Ainsi nous pensons que tout au début, au moins, ces signes extérieurs sont recherchés par la malade dans un but de convaincre afin qu'on ne viole pas sa personnalité.

Enfin, cette pathogénie dépressive à fond mélancolique trouve également sa justification jusque dans l'évolution particulière de l'Anorexie Mentale qui peut se ramener à trois modes :

- intermittent avec des périodes d'anorexie et de boulimie ;
- rémittent ;
- permanent enfin avec certaines oscillations.



## CHAPITRE QUATRIEME

### CLASSIFICATION

L'Anorexie Mentale, comme nous le disions plus haut, appartient à ces mentalités difficiles et inexplicables, qui ne trouvent pas leur place ni dans le cadre des psychoses ni dans celui des névroses, car il n'y a point de délire qui commande leur raisonnement, point d'automatisme qui les dépersonnalise, point de sentiments prévalents qui motivent des attitudes toutes opposées à la conduite commune.

Le fond mélancolique de nature dépressive, c'est-à-dire inhibitrice liée à la prévalence de la fonction d'inhibition sur la fonction dynamique, et invoqué pour soutenir la pathogénie de l'Anorexie Mentale, ne nous implique pas à faire un choix entre ces deux grandes classes car nous le trouvons à la base d'un grand nombre d'états psychiatriques :

— Ressenti très intensément, il répond à l'accès mélancolique.

— S'accompagnant d'une altération profonde de la conscience, de perturbation du contact humain, d'idéation morbide, il appartient alors au cadre des psychoses.

— Se traduisant par un malaise intérieur sans modification de la conscience objective, il se rapporte alors au groupe des psycho-névroses.

— Associé à une dysthymie fort instable et à une réactivité excessive, on est alors tout près de ces états qu'on appelle névropathiques.

En définitive, « l'Anorexie Mentale Essentielle a sa place personnelle dans l'ensemble dépressif, aussi proche ou aussi éloignée, comme on voudra, de la mélancolie que de la névropathie. Comme celle-ci, elle veut une intervention de la personnalité sans laquelle sa formule et son comportement ne seraient pas

ce qu'ils sont. Comme celle-là, elle a pour fondement organique un fléchissement du tonus nerveux, une inhibition assez atténuée ici pour ne porter que sur l'activité des centres hypothalamiques. A partir de là, le *tædium vitæ*, que la tendance dépressive implique toujours, trouve dans la psychologie du sujet, dans sa conscience morale et sa disposition idéaliste, des raisons de se développer et de s'affirmer jusqu'au refus des conditions physiologiques de l'existence, c'est-à-dire de la vie même ».

## CHAPITRE CINQUIEME

### ETUDE ANATOMO-PHYSIO-PATHOLOGIQUE

#### Généralités : Notions de fonction et de comportement

L'Anorexie Mentale représente un tout indissociable, une entité solide et évoque déjà une personnalité prise dans un ensemble vivant. Prendre isolément chacun des deux termes et le penser séparément, c'est ôter à la maladie toute sa signification et c'est ce que nous ne ferons pas. Les physiologistes, disciples fidèles de Cl. BERNARD, n'ont vu que le symptôme anorexie, ou ne se sont intéressés qu'à lui. L'enchaînement ou l'association d'idées se faisant, ils pensent *faim* et dès lors se sont attachés à étudier cette *fonction* exclusivement. Les expériences se succèdent plus méticuleuses les unes que les autres et de plus en plus subtiles et rationnelles telles des équations algébriques pour résoudre un problème difficile. Leurs travaux ont été d'un grand secours, leurs découvertes et leurs conclusions riches et fécondes. Cependant, si ceux-ci restent vrais en ce qui concerne la fonction de la faim, qui est habituellement réflexe, ils paraissent nettement insuffisants dans l'étude du sujet qui nous intéresse car il s'agit, croyons-nous, de tout autre chose.

Il s'agit, en effet, de *comportement* mettant en cause non plus des rouages mécaniques ou des automatismes mais une personnalité vivante dans un monde organisé selon une symbiose et normalement en état d'équilibre. Que cet équilibre s'effondre, par la faute du milieu ou par inadaptation proprement personnelle, par refus ou opposition ou par suite d'un trouble profond ou d'un état d'âme singulier, et nous voilà alors dans le domaine pathologique qui sollicite toute notre attention et tout notre cœur.

Ce distinguo entre fonction et comportement nous a paru indispensable. Le comportement alimentaire dans l'Anorexie Mentale n'est qu'une fraction, facile ou difficile, de ce COMPORTEMENT GLOBAL de la personne en état de maladie et ils ne doivent être séparés l'un de l'autre, autrement on dénature celle-ci. Le comportement alimentaire dans l'Anorexie Mentale (ou en dehors de celle-ci) est fonction d'une part de notre personnalité mais il est également le reflet d'une éducation : il est par conséquent social. Nous n'entendons pas par là « de la manière mondaine de se comporter », mais du comportement lui-même.

Dans les chapitres précédents, nous nous sommes efforcés tout particulièrement de faire ressortir l'Anorexie Mentale et de la différencier des syndromes anorexiques, de montrer les caractères morbides de la maladie en appuyant tout particulièrement sur sa psychogenèse, incriminant un fond dépressif essentiellement de type mélancolique. Dans le chapitre en cours nous tenterons d'expliquer les mécanismes qui peuvent, à partir d'un tel état dépressif, aboutir à la viciation du comportement alimentaire jusqu'à conduire à la cachexie, et parfois même à la mort. Auparavant, dans un premier paragraphe, nous tâcherons de voir clair dans les données anatomo-physiopathologiques qui conditionnent le comportement alimentaire et leur mise en jeu. Ces données seront relatives d'une part à la Fonction-Faim qui a constitué la première étape hypothalamique sur le chemin épineux qui a conduit à la compréhension du comportement alimentaire d'autre part avec ses deux étapes : rhinencéphalique et cortex préfrontal.

Quoi qu'il en soit, il s'agit là d'un chapitre en pleine évolution. Si l'on considère que nous sommes arrivés à simplifier les multiples données obtenues dans ce domaine, que nous nous proposons de rapporter et d'exposer ici même — avec une certaine appréhension —, nous nous estimons très modestement avoir atteint notre but.

## Données anatomo-physio-pathologiques

### 1. — ETUDE DE LA FONCTION DE FAIM. — ETAPE HYPOTHALAMIQUE.

Il faut remonter principalement aux observations cliniques de MAUTHNER (1840) qui attribuait la somnolence de l'encéphalite aux lésions hypothalamiques, et de ROKITANSKI en 1842 (association d'un ulcère à l'estomac et d'une méningite basale) pour accorder à l'hypothalamus une attention particulière dans la régulation de l'homéostasie.

Les travaux expérimentaux effectués quelques dizaines d'années plus tard (KARPLUS et KREIDEL ; CAMUS et ROUSSY ; KELLER ; RANSON et MAGOON, etc...) assurent la véracité de telles observations.

Les méthodes de stimulation stéréotaxiques devaient apporter, par la suite, des données encore plus précises et permettre la localisation, au niveau de cette région, de deux formations antagonistes :

— Le Noyau ventro-médian, dont la stimulation provoque l'anorexie, et la destruction la boulimie avec augmentation objective des ingestats et obésité. Il réagit le plus et surtout aux modifications de la glycémie et peut donc être considéré comme un centre glyco-régulateur, son rôle dans la satiété étant secondaire.

— Le Noyau latéral dont la stimulation provoque, au contraire, la boulimie et la destruction, l'anorexie et l'amaigrissement. Il fonctionnerait d'une façon autonome, étant inhibé par le noyau ventro-médian quand la glycémie s'élève. Il peut être considéré comme un véritable centre de la boulimie.

Ces deux centres qui interviennent, par conséquent, dans la régulation de la Fonction de Faim, sont mis en jeu grâce à de multiples facteurs nerveux, humoraux et hormonaux. C'est ainsi que l'on a décrit :

— Des baro et chémorécepteurs, gastro-intestinaux sensibles à la plénitude gastrique ou à sa vacuité et dont les sensations agréables ou désagréables sont transmises au niveau des centres par le vague ou le splanchnique. Pourtant, la conduite alimentaire élémentaire reste intacte chez les malades ayant

subi une gastrectomie, ainsi que chez les animaux doublement vagotomisés ou splanchnicectomisés.

— Des influences proprioceptives à partir des masticateurs : un animal est plus vite rassasié par la bouche que par fistule œsophagienne (KOHN).

— Des modifications d'activité électrique au niveau des centres hypothalamiques en fonction du taux de glucose, des protéines et des lipides sanguins (ANAND et collaborateurs : New Delhi).

— Une double action de l'insuline dissociable par l'atropine : directe, nerveuse et humorale par l'hypoglycémie qu'elle provoque.

— Une action inhibitrice sur la faim et par conséquent anorexie avec l'adrénaline et les adrénérgiques.

— Une action facilitatrice sur la faim et par conséquent boulimie avec l'acétylcholine et les cholinérgiques.

— Des troubles de la conduite alimentaire d'origine visuelle, auditive ou olfactive par l'intermédiaire cortical.

Telles sont, par conséquent, les observations cliniques chez l'homme et les expériences faites chez l'animal sur lesquelles nous ne nous sommes pas étendus, qui ont conduit, avec une certaine satisfaction du travail accompli, à la mise en place de cette conception rigide de type mathématique dans la conduite de faim. Nous ne pensons pas que cela soit ainsi dans l'Anorexie Mentale, où existent simultanément des troubles de comportement et des troubles fonctionnels et organiques (anorexie, aménorrhée, amaigrissement). D'autres structures doivent être touchées. C'est aux recherches récentes de ces toutes dernières années qui ont évolué en deux étapes, et que nous allons envisager maintenant, qu'on doit de comprendre l'anato-physiopathologie de l'Anorexie Mentale.

## 2. — ETUDE DU COMPORTEMENT ALIMENTAIRE.

### A. — ÉTAPE RHINENCÉPHALIQUE :

a) *Considérations sommaires sur le rhinencéphale.* — Le rhinencéphale, étant anatomiquement cet ensemble de struc-

tures archaïques groupées en anneau autour du hile hémisphérique, n'a pas un rôle univoque à jouer, mais il exerce un ensemble de contrôles (facilitateurs et inhibiteurs) jouant non seulement sur les comportements instinctifs mais aussi sur l'ensemble des motivations de conduite (VIGOUROUX, NACQUET).

S'il n'est pas le support anatomique des actes motivés (n'étant lui-même ni récepteur, à part l'olfaction, ni affecteur), il est motivateur et participe au maintien de l'homéostasie.

Une telle action se fait surtout dans le sens de la sauvegarde de l'espèce à ses deux pôles :

— conservation de l'individu

— et reproduction.

N'est-ce point là, en définitive, ce qui horrifie notre anorexique dans le fond de son moi et la conduit au radicalisme de ses idées et à leur exclusivité ? Pourra-t-on espérer une guérison si l'on n'a pas essayé, au préalable, de la réveiller de son état faussement lucide ? Si l'on n'a pas régularisé tous ses comportements ? Si l'on n'a pas revalorisé la signification des actes mêmes simples ? Etc... Nous ne le pensons pas, et allons démontrer comment cette région anatomique intervient harmonieusement comme agent modulateur.

b) *Rhinencéphale et vigilance.* — En fait, le rhinencéphale n'est pas le seul à intervenir. Il existerait deux systèmes de vigilance (SOULAIRAC) :

— un système archaïque qui serait essentiel pour toutes les grandes fonctions homéostatiques (faim, recherche de la proie, émotion, libido, sexualité, etc...),

— et un système récent.

En effet :

— CHATFIELD et LYMAN (1954) ont remarqué qu'en décours d'hibernothérapie profonde la réaction d'éveil apparaît en premier sur l'hippocampe bien avant le cortex.

— FEINDEL et GLOOR, par stimulation du noyau amygdalien, produisent non seulement des potentiels d'action sur les régions néocorticales, mais sur de nombreuses structures sous-corticales (septum, noyau caudé, hypothalamus, noyau médian thalamique). Il existerait des projections directes du noyau amygda-

lien vers le cortex temporo-insulaire et piriforme, ainsi que sur le cortex hippocambique. Ceci explique qu'une stimulation du noyau amygdalien puisse influencer tous les comportements.

c) Nous avons pu noter aussi chez notre anorexique ce détachement qu'elle éprouve à l'égard des choses terrestres. Pourtant elle est soignée dans son physique (notes de coquetterie) et garde une activité gestuelle non négligeable parallèle aux périodes cliniques qu'elle traverse (voir étude clinique). Mais elle le fait, pensons-nous, en donnant aux mouvements simples ou complexes qu'elle effectue journellement un sens en fonction de son système de pensée, leur ôtant toute chaleur humaine et toute vie.

*Cette perte du sens fondamental de certains mouvements complexes* nous paraît en rapport avec le rhinencéphale, car l'on a pu démontrer (KAADA) que même en ce qui concerne les activités somato-motrices, le rhinencéphale s'adresse à des mouvements complexes, ayant une signification d'action, liés à des besoins fondamentaux pouvant aussi être obtenus à partir du néo-cortex frontal.

d) Il en a été de même en ce qui concerne le *rhinencéphale et l'émotivité*. En effet :

— OLDS (1954) obtient des réactions de plaisir chez le rat en électrodes chroniques dans la région cingulaire, l'hippocampe et la région septale.

— DELGADO (1955) produit de la colère par stimulation de l'hippocampe postérieur et du fornix.

— JACOBSEN (1958) aurait retrouvé des résultats semblables chez l'homme. Quoi qu'il en soit, le rhinencéphale semble indispensable à une bonne réalisation de l'émotivité. HERRICK (1955), puis PAPEZ (1958), font de l'hippocampe le modulateur de l'émotion. Cette structure donnant aux afférences extérieures leur tonalité affective.

e) Des résultats semblables ont été obtenus en ce qui concerne *le rhinencéphale et la libido* :

— SOULAIRAC (1955-1958) montre que des lésions de la zone pré-optique et des corps mammillaires entraînent une perte de la libido.

— YAMADA (1960), par des lésions strictement limitées aux aires amygdaliennes, produit une perte de la libido sans modification hypophysaire.

Le rhinencéphale semble donc contrôler au moins l'instinct sexuel et lui donner une adaptation au stimulus-objet conforme aux lois de la reproduction.

*f) Rhinencéphale et aménorrhée.*

— KOIKEGAMI et YAMADA (1954) reproduisent l'ovulation chez la lapine par stimulation du noyau amygdalien.

— SHELESYAK obtient une pseudo-gestation à partir de fortes stimulations olfactives.

— SAWYER, en 1955 : de l'histamine introduite dans le troisième ventricule produit une activité électrique rapide au niveau du rhinencéphale qui diffuse à l'hypothalamus. La lapine œstrogénisée ovule. Cette ovulation peut être bloquée par l'atropine (mécanisme nerveux). Des expériences récentes semblent devoir enlever à l'hypophyse son rôle de contrôle de gonades et KOIKEGAMI (1955) produit en effet une atrophie des glandes sexuelles et thyroïdiennes chez le jeune chien après destruction amygdalienne.

B. — ETAPE CORTICO-PRÉFRONTALE (néo-cortex associatif, noyau dorso-médian du lobe frontal).

Parallèlement à l'étude du rhinencéphale et la complétant, il est apparu que le lobe pré-frontal joue un rôle non moins important dans les mécanismes de l'activité nerveuse supérieure : comportement, émotion, jugement, etc... C'est ainsi que RUCH et SHENKIN (1943) le font intervenir dans la régulation des comportements instinctifs et de l'humeur dont on trouve la confirmation dans le syndrome de KLÜVER et BUCY : les singes ayant subi l'ablation bilatérale du lobe temporal antérieur ou de tout le cortex orbito-temporo-insulaire présentent une agnosie visuelle, une hypermétamorphosis, un comportement oral impulsif, un changement dans les habitudes alimentaires (le singe herbivore devient carnivore).

Cependant, malgré leur « convulsive oral behavior » (qui serait en fait une exagération d'un comportement et non une

polyphagie vraie), leurs troubles sexuels et leurs hypermétamorphosis, les singes sont placides, semblant avoir perdu toute affectivité.

Par contre, si les lésions unilatérales de l'aire 24 déterminent chez le babouin (SMITH, WARD et GLEES) une perte de toute « conscience sociale », l'apathie est maximum et l'indifférence est totale dans les lésions bilatérales de cette même aire.

De même l'ablation bilatérale des lobes pré-frontaux détermine des troubles des facultés d'apprentissage et des comportements intelligents à condition d'entendre par intelligence animale « une forme de pensée pratique et concrète, qui procède par intuition, qui est une anticipation du futur par représentation de conséquences possibles d'actes imaginés, et qui a pour but d'adapter la conduite de l'animal à des circonstances nouvelles en utilisant des connaissances acquises au cours d'expériences passées » (VIAUD).

Mais ces données de l'expérimentation ne sont pas seules en notre possession, la clinique (syndrome frontal), ainsi que la psycho-chirurgie (topectomie, lobotomie), nous en fournissent d'autres renseignements. Si ceux-ci ne sont pas superposables aux données expérimentales c'est qu'il faut incriminer, pensons-nous, l'étendue des lésions elles-mêmes.

En conclusion de cette étude expérimentale et clinique, nous pouvons donc dire que les centres hypothalamiques apportent au rhinencéphale et aux lobes pré-frontaux les motivations internes, que ceux-ci déclenchent alors un type de comportement adapté à celles-ci et aux motivations externes concomitantes.

### **Mécanismes physio-dynamiques et pathologiques**

Dans le paragraphe précédent, il s'agissait de travaux expérimentaux chez l'animal (stimulation ou destruction) et d'observations cliniques ou chirurgicales chez l'homme. Comment concevoir ou admettre de telles conclusions chez l'anorexique mentale indemne organiquement de pareilles lésions ? Depuis le début, en effet, nous ne faisons que souligner l'origine psychogénétique de la maladie. Pour le comprendre il nous faudrait, dans un premier temps, revenir sur certaines notions et voir

comment apparaît cette affection. Dans un deuxième temps, donner l'interprétation physio-dynamique et pathologique que nous faisons nôtre.

## 1. — RAPPEL DES NOTIONS ÉTIOLOGIQUES.

D'abord il y a le milieu familial dont nous avons dit qu'il était névrosé, hyperprotecteur exclusif, castrateur et par là traumatisant. Il représente ce que, à l'échelle expérimentale, nous appelons excitations itératives.

Ensuite la malade elle-même, rarement âgée de 12-13 ans, le plus souvent entre 16 et 19 ans, exceptionnellement au delà de 23 à 25 ans.

Personnalité psychologique particulière en état de dépression du type mélancolique où l'on a noté, comme nous l'avions dit, les notions d'intellectualisme pur, de répudiation de toutes préoccupations matérielles, de spiritualisme, de mortification, de sublimation, d'angoisse et enfin d'insécurité. Nous y ajouterons des troubles, de l'émotivité et de la conduite.

Enfin arrive un événement particulier mais brutal et la malade s'installe organiquement dans la maladie, extériorisant d'abord le symptôme aménorrhée (lequel est habituellement déjà présent) et surtout le symptôme amaigrissement.

## 2. — INTERPRÉTATIONS PHYSICO-DYNAMIQUES ET PATHOLOGIQUES.

### A. — *Théorie immunologique :*

a) Cette théorie a été déjà évoquée par notre Maître J. DECHAUME dans son article : « De l'unité somato-psychique ». Il écrivait alors : « Dans l'étiologie des maladies mentales, il ne faut pas voir que les facteurs toxi-infectieux ou lésionnels et c'est tout le problème de la psychogénèse des syndromes psychiatriques qu'il nous faudrait soulever maintenant : facteurs affectifs, chocs psychiques, notamment émotionnels, peuvent-ils à eux seuls déclencher une psychose ? Que le terrain préparé, qu'une constitution morbide antérieure soit nécessaire, cela est vraisemblable. Le plus souvent le choc affectif agit sur une constitution émotive ou anxieuse pour déclencher

la psychose... Les chocs affectifs qui font apparaître ces psychoses sont, soit des chocs collectifs soudains... ou continus... ; soit des chocs individuels soudains : traumatismes, nouvelle imprévue, viol, etc..., ou continus : préoccupations scolaires, familiales, sexuelles, professionnelles, changement de situation.

...Dès 1910, J. LÉPINE parla d'anaphylaxie cérébrale ; Mlle PASCAL et DAVESNE ont, en 1925, attiré l'attention sur l'anaphylaxie mentale spontanée sur les psychocolloïdoclasies et le rôle des phénomènes de sensibilisation dans les constitutions psychologiques. Pour ces auteurs, lorsque le psychisme a été préparé par un premier choc émotionnel, il conserve une telle sensibilité à l'émotion spécifique, que le choc moral ultérieur, de même nature, suffit à produire des accidents, qui sans cela n'auraient pu apparaître ; une première agression morbide *trace* des voies déterminées, dit Mlle PASCAL, et les chocs ultérieurs ne font que suivre ces canalisations devenues électives. Les lois de RICHET, de WIDAL, pour l'anaphylaxie organique, se vérifient pour l'anaphylaxie mentale. Mais sans émotion il n'y a pas d'anaphylaxie mentale, seule l'émotion joue le rôle spécifiquement localisateur dans le psychisme...

...L'anaphylaxie mentale exige un terrain spécial, c'est la diathèse psycho-colloïdoclasique.

b) Dernièrement, dans un mémoire récent : « Sur une théorie immunologique des maladies mentales », paru dans une revue spécialisée, P. SIVADON rappelle cette conception, qu'il élève à la hauteur d'un dogme, du moins en donne-t-il l'impression. Basée sur l'hypothèse d'un mécanisme d'auto-immunisation, cette doctrine comporte le schéma suivant :

— D'abord un choc émotionnel.

— Ensuite un temps de latence qui n'est absolument pas muet et de l'ordre de deux ans en moyenne.

— Enfin le « phénomène anniversaire ».

Quant aux mécanismes intimes, nous les empruntons à P. SIVADON qui suppose reconnues deux notions : « celle de l'auto-immunisation et celle des rapports entre l'émotion et les modifications tissulaires ». Et par ailleurs : « Il est de toute évidence que ces chocs émotionnels ne sont pathogènes que si le terrain s'y prête... caractérisé par l'un ou plusieurs des

facteurs suivants : hérédité psychopatique ou neuro-arthritique (de type allergique) ; insécurisation dans la première enfance (carence maternelle ou hyperprotection, discorde familiale, abandon affectif, etc...). Sur un terrain fragile ou fragilisé, une situation fortement insécurisante se traduit par des modifications tissulaires dans les zones du cerveau activées par cette situation. Ces modifications tissulaires, si elles persistent, induisent un processus d'auto-immunisation. Lorsque ce processus a atteint une suffisante intensité (délai correspondant au temps de latence), des réactions immunitaires se manifestent soit par des troubles fonctionnels (phénomène de sensibilisation, angoisse et ses métamorphoses), soit par des troubles lésionnels du type encéphalopathie allergique ».

A l'appui de sa doctrine, P. SIVADON énumère des arguments cliniques, biologiques et thérapeutiques.

B. — *Théorie bio-physique « des traces » d'inspiration analytique.*

Cette théorie est l'aboutissant des études analytiques, mais aussi des études physico-électrolytiques.

L'événement particulier ou événement-choc, apparemment responsable de l'entrée organique dans la maladie, et de grande valeur, n'a, en réalité, aucune commune mesure avec l'importance et la gravité de l'affection elle-même. Il intervient au contraire comme un réactivateur, comme un réanimateur d'un état latent, car du passé de cette malade rien n'a été perdu et que « dans l'édification de la personnalité adulte, persiste, à chaque étage, les ensembles qui se sont constitués au cours de cette vaste stratification. Un incident plus ou moins brutal peut faire reparaitre une réaction, jaillie du passé, issue d'un niveau inférieur », et comme en écho à cette pensée, Cl. BLANC n'écrit-il pas : « La trace laissée par un événement dans le système nerveux ne correspond pas à une modification structurale immédiate contemporaine de l'événement comme on l'a cru longtemps. Les modifications physicedynamiques de l'enregistrement se consolident par un processus neuro-physiologique actif, postérieur à la fixation, avec des vitesses de consolidation variable selon les organismes étudiés. L'étude expérimentale de ces phénomènes a pour origine des observations d'amnésies rétrogrades, c'est-à-dire des déficits mnésiques dans lesquels les sou-

venirs récents sont perdus alors que les souvenirs anciens sont préservés.

...Il semble donc que plus les souvenirs sont récents, plus ils sont vulnérables. Ceux-ci suggèrent que les modifications physiques survenues au moment de l'enregistrement ou de l'apprentissage se « consolident » par un processus actif postérieur à l'enregistrement et que la modification physique s'accroît avec le temps.

...Il semble donc exister un travail neuro-physiologique actif postérieur à l'événement et pendant lequel la trace dynamique se transforme en trace structurale.

Cette consolidation temporelle des traces s'accompagne de phénomènes de diffusion spatiale dans l'encéphale et de transfert interhémisphérique des informations et des traces comme ont pu le montrer de très élégantes expériences de MYERS et SPERRY en 1956-1958 ».

#### C. — *Que penser donc, de ces deux théories ?*

a) En ce qui concerne la théorie immunologique, d'abord, il est surprenant de constater l'analogie qui existe entre le schéma esquissé par P. SIVADON et celui que nous avons invoqué au chapitre deuxième (voir observations). Dans notre paragraphe précédent : « Rappel des notions étiologiques », nous avons parlé également :

— Du milieu familial qui représente, pour reprendre les termes mêmes de P. SIVADON, « une situation traumatisante, insécurisante, se prolongeant et où l'émotion ne se décharge ni dans l'action, ni dans l'expression..., et de ce fait a été vécue avec les apparences de l'indifférence ou du courage ».

— De l'apparition ou du déclenchement quelques années plus tard (à la puberté ou dans l'adolescence) de troubles caractéristiques de la maladie, à la suite d'un événement particulier souvent brutal, non pas direct ou symbolique de l'émotion primitive et moins encore anniversaire (voir observations et événement-choc).

— Enfin, du temps de latence qui s'écoule entre cette situation pathogène et les traductions organiques de la maladie qui sont simultanées de l'événement-choc. Comme nous l'avons dit, il

peut exister à cette période, une symptomatologie d'alarme que nous avons envisagée au cours de notre étude clinique.

Notre divergence réside, par conséquent, non pas sur la forme mais sur le fond. En effet :

— Si nous concevons, à la suite de notre Maître J. DECHAUME, la réelle intervention des processus anaphylactiques au décours des maladies mentales ou à l'origine, principalement, de certaines d'entre elles telle que la névrose d'angoisse, nous ne pouvons admettre que la relative importance des phénomènes immunologiques puisse être envisagée selon un dogmatisme absolu et exclusif.

— Par ailleurs, si nous considérons les arguments cliniques, biologiques et thérapeutiques, nous ne voyons pas en quoi ils sont spécifiques de la maladie ; ils sont par conséquent de valeur diagnostique générale et non précise d'une maladie M, l'anorexie mentale par exemple.

— Ensuite nous avons vu que, dans toutes nos observations, l'événement-choc ne constitue en rien un rappel direct ou symbolique de l'émotion primitive et moins encore anniversaire. Par contre, nous avons vu que ce symbolisme existe pour les conséquences qui en résultent, c'est-à-dire le déclenchement d'une même situation d'angoisse et d'anxiété (voir nos observations).

— Enfin, en désirant tenir compte, malgré toutes nos objections, de cette théorie immunologique dans la genèse des maladies mentales, nous n'avons jamais vu ou appris, à notre connaissance, qu'une anorexie mentale s'est améliorée ou guérie en administrant à la malade tous les anti-allergiques de la pharmacopée, tous les anti-histaminiques ou tous les neuroleptiques divers s'apparentant à cette classe de médicaments.

Rien que cet argument thérapeutique devrait nous faire réfléchir sur la fragilité d'un tel dogmatisme, tout au moins en ce qui concerne notre sujet.

S'il nous arrive de ne pas accorder à cette théorie toute l'importance que lui donne P. SIVADON, cela ne nous interdit pas, bien au contraire, de croire à la notion d'une atteinte organique d'origine émotionnelle ou à la notion de troubles fonctionnels en rapport avec l'émotion » ; nous ne voulons pour preuve que les observations que nous avons citées de MAUTHNER et de

ROKITANSKI, et les « Réflexions sur une série de 150 aménorrhées de guerre » de G. COTTE.

b) Nous serions plutôt en faveur de la théorie bio-physique « des traces », d'inspiration analytique, qui satisfait plus l'esprit et qui n'est pas en contradiction avec la théorie anaphylactique. N'est-ce pas Mlle PASCAL qui dit : « Une première agression morbide *trace* des voies déterminées, et les chocs ultérieurs ne font que suivre ces canalisations devenues électives » ?

Telle est l'analyse critique de ces deux théories que nous avons eu l'audace de formuler devant nos Maîtres, non sans peur et non sans inquiétude.

### Conclusions

En définitive, si nous nous sommes longuement appesantis sur cette étude anatomo-physio-pathologique, ce n'est pas seulement dans le but d'assurer à nouveau la nature psychologique de la maladie, il y a longtemps, pensons-nous, que cela est entré dans les mœurs malgré les sursauts, que nous voyons de temps à autre, d'une minorité qui refuse à admettre cette psychogénèse ; ce n'est pas non plus dans un but de synthèse, mais c'est plutôt :

— Dans le but d'affirmer l'origine corticale de la maladie, avec la notion qu'il existerait, à côté de la lésion anatomique grossière, des modifications physico-chimico-électrolytiques à l'échelle cellulaire qui peuvent être responsables de troubles divers dont l'Anorexie Mentale et les troubles psychiatriques représentent un bel échantillon.

— Enfin, dans le but — qui dès le début ne cessait de guider notre travail — de guider ces malades en poursuivant une thérapeutique consistant essentiellement dans l'isolement absolu en milieu spécialisé, permettant de diriger une psychothérapie adéquate, à même, à elle seule, soit de neutraliser la « trace dynamique » avant sa transformation en « trace structurale », soit au contraire d'ébranler cette dernière pour amorcer sa réversibilité en « trace dynamique ». Réveiller en quelque sorte

son système de vigilance et revaloriser sa personnalité en stimulant tous ses comportements en état de léthargie.

Il est vain, à notre avis, d'espérer une guérison totale et définitive si la malade reste passive, attendant tout si elle ne se considère pas comme membre actif ayant son rôle à jouer dans cette terrible lutte, qui va durer de 2 à 3 mois au minimum. Ceci nous amène à une double conclusion :

— Il est vain de surcharger des services non spécialisés qui pensent à la guérison parce qu'ils ont donné à la malade son poids antérieur à force d'interventions physiques. Le véritable problème est ailleurs, il est plutôt psychologique et il est plus important.

— Il est vain aussi de psychanalyser ces malades car, disions-nous encore, « les explorations analytiques du subconscient... ramèneraient toujours les mêmes éléments, les mêmes prétendus complexes, les mêmes souvenirs refoulés à l'usage de toutes les affections, de tous les syndromes et de toutes les attitudes. Cette banalité même s'exclut de l'étiologie d'un état aussi singulier ». D'ailleurs, si les concepts psychanalytiques, tels que : l'inconscient, le concept ou le mythe d'Œdipe qui constitue pour FREUD le noyau central des névroses, les mécanismes de défense, les transferts, etc..., se trouvent à l'origine de cette maladie, il est légitime de se poser la question : pourquoi les adolescents mâles ne font-ils pas de l'Anorexie Mentale à l'exception de très rares observations qui ont été décrites dans la littérature mondiale.

L'analyse, croyons-nous, jouerait plutôt un rôle en prenant en mains le milieu familial, le plus souvent à l'origine de cette maladie.



## CHAPITRE SIXIEME

### ETUDE CLINIQUE

#### Rappel des notions étiologiques et statistiques

L'Anorexie Mentale est une maladie essentiellement du sexe féminin ; elle atteint exceptionnellement le sexe masculin où l'on trouve quelques rares observations dans la littérature mondiale, nous-mêmes n'ayant trouvé, dans nos archives qui remontent à près de 50 ans, qu'une seule observation au cours de l'année 1963-1964.

Il s'agit le plus souvent de jeunes filles âgées de 16 à 19 ans, mais elle peut apparaître également avec beaucoup de fréquence chez d'autres à partir de 11-12 ans, mais plus exceptionnellement en deça de 25 ans, si ce n'est une séquelle d'anorexie juvénile (voir étude statistique).

La fréquence annuelle de cette maladie à notre époque est en progresion de 30,23 % (voir notre statistique) ; mais l'on se demande si cette augmentation est réelle en valeur absolue ou si ce n'est pas la traduction d'un dépistage plus aisé dû à une meilleure connaissance de cette affection.

Quant à la question de savoir si l'Anorexie Mentale est héréditaire ou pas, celle-ci nous a posé une question difficile, d'autant plus que l'une de nos anciennes malades nous la formule anxieusement dans sa réponse au questionnaire que nous lui avons adressé. Nous voulons emprunter à notre Maître J. GUYOTAT l'essentiel de notre réponse : « S'il est un domaine où la réalité des phénomènes héréditaires s'impose en pratique journalière, c'est certainement la psychiatrie, et je crois que c'est vraiment dans cette spécialité que la clinique apprend à inclure systématiquement dans l'interrogatoire l'étude des antécédents, héréditaires ou collatéraux, du malade ; très rapidement on s'aperçoit que cet interrogatoire est absolument capi-

tal et qu'il a des conséquences pratiques immédiates, tant sur le plan diagnostique que sur le plan thérapeutique.

...Pour se faire une idée générale précise de l'hérédité en psychiatrie, on se heurte tout de suite à beaucoup de difficultés :

— Difficultés subjectives en ce sens qu'il y a beaucoup d'attitudes *a priori* qui sont prises au sujet de l'hérédité, attitudes non scientifiques, de doctrines qui sont échafaudées sur certains faits, beaucoup de développements et d'hypothèses qui ne tiennent plus compte de la réalité, attitudes affectives et ceci est certainement très important.

— Difficultés objectives, d'autre part, qui sont encore plus importantes. En effet... les maladies mentales ont des contours qui ne sont pas extrêmement nets, il y a toute une série de termes de passage, on ne peut pas dire qu'il y ait une nosologie psychiatrique absolument rigoureuse du moins sur le plan clinique, alors que sur le plan génétique, peut-être, des éléments intéressants se dégagent-ils.

D'autre part, ces syndromes correspondent à des structures de comportement sous-jacents qui doivent elles-mêmes être analysées et il est certain qu'on rencontre là de nouvelles difficultés...

En outre, en ce qui concerne les phénomènes d'hérédité, très fréquemment la famille du malade camoufle les tares réelles, ou les modifie, ou les interprète à sa façon.

Enfin et surtout, il y a une interférence continuelle entre les influences du milieu et les influences biologiques de l'hérédité proprement dite ».

A la suite de cette introduction, J. GUYOTAT donne un aperçu historique et critique des théories psychiatriques sur l'hérédité en commençant par la théorie de la dégénérescence de MOREL, MAGNAN, etc... ; puis de la théorie de SZOND ; enfin après une énumération des méthodes employées en génétique psychiatrique (études statistiques comparatives, étude des jumeaux monozygotes, méthode des marqueurs de chromosomes) qui peuvent permettre l'étude de la transmission des faits somatiques, les choses paraissent plus complexes en ce qui concerne la transmission des faits psychiques. Pour expliquer ces derniers, il arrive ainsi à la conception qui semble avoir sa préférence, celle de la pseudo-hérédité sociale (qui existe à côté de l'hérédité biologique) et où la transmission se fait par l'influence du

milieu : milieu parental d'abord, milieu social plus élargi ensuite.

En ce qui concerne l'hérédité psychologique, dit-il en définitive, il n'y a que trois aspects que l'on puisse actuellement considérer comme héréditaires et transmis par des mécanismes biologiques :

- la transmission du niveau intellectuel global ;
- la transmission de certaines aptitudes ;
- la transmission du biotype.

L'Anorexie Mentale du nourrisson n'est pas reconnue comme telle dans les écrits médicaux avant la fin du siècle dernier. Sa description et la conduite thérapeutique actuellement admises ne remontent qu'aux publications de DEBRÉ et d'Alice DOUMIC, tout au moins en France. Sa date d'apparition, nous disent A. BEAUPÈRE et R. FRANÇOIS, est variable : le plus souvent vers le cinquième-sixième mois, ou fréquemment aussi à une date plus tardive ; elle est plus rarement très précoce, sinon même concomitante des premières tentatives d'alimentation du nouveau-né.

### **Anorexie mentale des jeunes filles — Ses différentes périodes**

Nous laisserons de côté l'Anorexie Mentale du nourrisson et n'aurons en vue, ici, que l'Anorexie Mentale essentielle proprement dite des jeunes filles que nous voyons évoluer en trois périodes :

— Période d'invasion, dont l'importance vient de l'intérêt qu'elle peut susciter dans le cadre de dépistage dans les organismes de Prévoyance et d'Hygiène mentale. A cette période, la trace est encore au stade dynamique.

— Période de début, où la trace est à mi-chemin des stades dynamique et structuré.

— Période d'état, où la trace est au stade structuré.

La majorité des malades qui nous ont été confiées se trouvaient à une période d'état déjà plus ou moins avancée, rares celles qui ont été vues à la période de début ; exceptionnelles, enfin, celles qui nous ont été adressées à la période d'invasion.

## 1. — PÉRIODE D'INVASION.

Nous l'appellerons ainsi, parce qu'elle reste encore une période silencieuse.

### A. — *Chez la malade :*

a) Sur le plan somato-organique, il n'existe pratiquement aucun symptôme. Peut-être la malade accuse-t-elle seulement un faible appétit, capricieux, mais il n'y a pas encore ni amaigrissement ni aménorrhée. Les règles sont survenues à l'âge de 11, 12 ou 13 ans et tout au plus note-t-on quelques perturbations du cycle.

b) Sur le plan psychologique, il existe certains caractères qui laissent à réfléchir. Deux aspects sont possibles :

— Ou bien état dépressif avec troubles de la vigilance, apathie, timidité et asthénie, la malade recherchant la solitude, la lecture, le travail ou la rêverie, etc...

— Mais plus souvent, à cette période, troubles du caractère du type oppositionnel, refus ou révolte, cela étant d'autant plus marqué que la famille est inquiète, entourant plus encore son enfant et prévoyant ses moindres désirs. Cercle vicieux où la jeune fille trouve encore en elle les ressources suffisantes de lutter avant de succomber plus tard à « la tyrannie affective » de ses parents et tout particulièrement de sa mère. Ce second groupe réagira mieux que le premier à la thérapeutique et donnera plus tard les meilleurs résultats. Quoi qu'il en soit, ces malades sont intelligents, ne créant pas de soucis en dehors du milieu familial, habituellement douées et premières de leur classe, réussissant bien à leurs examens.

B. — La famille présente d'emblée un tableau plutôt inquiétant : mère névrosée, dominante, castatrice à l'égard de ses enfants, anxieuse expliquant avec paroles et gestes le comportement de sa fille, laissant rarement la parole au père ou le coupant s'il la prend, quitte à solliciter son acquiescement qu'elle n'écoute pas... Bref, impression d'atmosphère lourde et asphyxiante. Le père, quant à lui, paraît dépassé par les événements, il y a longtemps qu'il a démissionné de son rôle devant cette épouse fébrile !

Telle est la période d'invasion, avec sa maigre symptomatologie, hormis celle du milieu familial. Mais si ces caractères éveillent le doute et constituent une présomption en faveur de l'Anorexie Mentale, ils ne doivent pas en imposer radicalement le diagnostic.

C'est avec le recul du temps, sous une surveillance sans relâche, que le diagnostic sera ou bien confirmé ou bien infirmé.

Cette surveillance permettra à ce stade, soit d'éviter l'entrée dans la maladie, et l'hospitalisation prolongée si celle-ci a été décidée, ce qui est très appréciable pour cette jeune fille poursuivant généralement des études secondaires, soit de découvrir une autre affection évoluant à bas bruit, pouvant bénéficier également d'une thérapeutique efficace. En effet, rien n'est aussi difficile de distinguer à cette période une Anorexie Mentale en évolution, d'une invasion schizophrénique au début, d'une crise d'originalité juvénile, d'un simple état dépressif, etc...

## 2. — PÉRIODE DE DÉBUT.

Les caractères de l'affection sont plus évidents.

A. — *Chez la malade on observe par ordre chronologique que :*

— L'anorexie persiste, plus intense et plus accentuée, plus ou moins générale, plus ou moins élective, intéressant plus particulièrement les féculents, le pain, les graisses et le sucre.

— Une aménorrhée de date récente (deux ou trois mois) et où l'interrogatoire peut mettre en évidence, dans un passé récent, une hypoménorrhée ou une oligoménorrhée.

— L'amaigrissement n'est pas important et n'altère en rien le physique de la malade ; il commence seulement par se manifester et par devenir de plus en plus inquiétant.

Ce trépied symptomatique de l'Anorexie Mentale s'accompagne de :

— Certains signes fonctionnels : la malade se plaint, en effet, de pesanteurs ou douleurs gastriques, souffre de spasmes digestifs et de nausées qui sont la cause de régurgitations et de vomissements répétés, accuse une constipation opiniâtre justifiant

l'abus de laxatifs, responsables à la période d'état de la cachexie et de la déshydratation...

— Des signes physiques sont également présents : refroidissement des extrémités, acrocyanose.

L'examen est pauvre : tension artérielle souvent basse et le pouls est plutôt ralenti.

Le laboratoire (voir période d'état).

Mais plus que la malade physique qui commence à devenir intéressante, c'est dans la personnalité psychologique que s'affirme la maladie. Elle a été tellement décrite au cours de notre étude et tout spécialement dans le chapitre de l'étiopathogénie, ainsi que dans celui de l'anato-physio-pathologie que cela nous dispensera de le faire à nouveau.

B. — Le contexte familial est le même, mais si l'anxiété et la fébrilité persistent, on remarque qu'il y a plus de résignation devant « l'incompréhension » de la situation, il y a moins de gestes et l'on attend plus d'explications.

### 3. — PÉRIODE D'ÉTAT.

Elle est dominée par un problème vital.

A. — *Chez les parents*, à l'excitation de la période d'invasion, à la résignation mitigée de la période de début, succède une période d'abattement et de renonciation ; l'angoisse se lit sur les visages et dans les regards, mais ne se manifeste pas autrement. Le père et la mère répondent sans passion aux questions posées, exposant l'évolution de la maladie.

B. — *Chez la malade*, nous sommes d'emblée frappés :

— Par son aspect : à la révolte et à la résignation des deux premières périodes a succédé une période apparemment sereine : toilette soignée, note de coquetterie..., on a beau cherché, dans ce maintien, les signes de dépression originelle qui l'ont conduite à ce stade, mais sans succès. Seul l'interrogatoire en tête à tête pourra refaire surgir ces symptômes auxquels la malade essaiera, d'ailleurs, de ne plus accorder l'importance première qu'elle leur donnait. Nous pensons qu'en milieu hospitalier, il

faut revaloriser ces symptômes, quitte à recréer la situation angoissante d'antan, discuter cette valeur même pour la remettre à sa propre place ensuite. C'est là une garantie de réussite. Nous estimons que cette conduite est meilleure que celle qui consiste à sauvegarder ou à renforcer l'écran représenté par cette amnésie faussement salutaire.

— Par ailleurs cet interrogatoire nous apprend que continuellement, ou presque, à l'origine de la maladie, il y a eu un motif déclenchant. C'est, par exemple, une déception sentimentale ou la rupture de projets matrimoniaux, les immobilisations prolongées par certaines maladies, les deuils familiaux, échec à un examen, remontrances ou attentions insuffisantes de la part des professeurs, crises mystiques à l'occasion de périodes de retraite ou de jeûne, désir de se libérer d'un pensionnat, d'une école, d'un atelier, changements de logements ou de région avec la perte des habitudes et du cadre infantile, des amitiés et des camaraderies, toutes les disgrâces physiques, les transformations corporelles contemporaines du développement pubertaire, sentiments de honte à l'occasion de rêveries voluptueuses, première menstruation, etc... « En somme, difficultés situationnelles génératrices de conflits et de réactions névrotiques » (J. CARRIER). Toutes nos malades ont accusé, en fait, de telles difficultés situationnelles, lesquelles, croyons-nous, ne sont pas responsables de l'installation de la maladie et n'ont agi que comme « réactivatrices » d'un état d'âme pré-existant à celles-ci. Si nous voulons donner une imagerie grossière de leur rôle, nous ne dirons pas que c'est l'effort de déshabillage, ou l'existence d'un vent contraire qui a créé la lésion angineuse, mais que celle-ci pré-existait à ceux-là. Telle est la signification qu'il faut donner, pensons-nous, à ces difficultés.

— Des signes physiques et généraux sont également présents, faisant penser à ces malheureux déportés au retour de leurs abominables camps (J. CARRIER) :

- la peau est sèche, ridée, collée sur les os ;
- les glandes mammaires disparues ;
- le grill costal apparent ;
- les hanches saillantes ;
- les membres squelettiques ;

- par contre, absence des œdèmes de carence ;
- refroidissement et acrocyanose des extrémités sont de règle ;
- hypertrichose parfois sur des zones normalement glabres ;
- la tension artérielle est souvent basse, le pouls généralement ralenti, parfois accéléré lors de l'effort, alors que le cœur et les poumons sont indemnes.

— Enfin il existe le trépied symptomatique majeur de l'Anorexie Mentale, caractérisé, comme nous le disions plus haut, par :

- anorexie ;
- aménorrhée ;
- amaigrissement qui peut aller jusqu'à la cachexie.

Trois symptômes qui ont été très longuement décrits.

— Le laboratoire donne des résultats assez décevants « tant en ce qui concerne l'exploration des grands métabolismes, que celle des sécrétions endocriniennes, ce syndrome se solde par des données normales ou déficitaires, tous les travaux concordent sur ce point. Nous en sommes si bien persuadés que nous ne pratiquons, en général, aucun examen de laboratoire chez nos anorexiques mentales, n'en attendant rien d'intéressant et voulant éviter au maximum tout ce qui pourrait laisser croire à une arrière-pensée d'organicité » (P. GUINET et J. VÉDRINNE).

## Etude évolutive

### 1. — *Non traitée.*

C'est la période terminale, caractérisée par l'effondrement de ces jeunes filles qui deviennent tristes et résignées, ne pouvant plus se déplacer et devenant grabataires. L'intelligence est toujours conservée.

Des complications, liées à l'état d'inanition et de cachexie, peuvent se voir, tels que :

— Les états oniriques (phobies ou hallucinations).

— La tuberculose chez ces sujets en état de moindre résistance.

— La mort peut survenir, soit brutale à la suite d'un acte de suicide, soit naturellement, probablement en raison des troubles métaboliques irréversibles.

La rémission spontanée reste exceptionnelle, elle est cependant possible, surtout à la période de pré-événement et parfois même à la période d'invasion, mais il faut alors des conditions familiales favorables.

## 2. — *Traitée.*

Notre statistique de la période 1940-1961 montre que la guérison totale et définitive est très fréquente dans une proportion très honorable, soit 79,71 % des cas.

Mais les échecs sont possibles également dans la proportion de 10,14 % des cas, ainsi que les décès malheureusement qui ne sont pas négligeables, soit 10,14 % aussi.

Des complications, bénignes il est vrai, peuvent exister que nous avons énumérées dans notre étude statistique.

## Etude diagnostique

### 1. — DIAGNOSTIC POSITIF.

Si le diagnostic positif est aisé à faire à la période de début et à la période d'état, il l'est beaucoup moins à la période d'invasion.

— La psychologie singulière du *milieu familial* et son comportement particulier ne peuvent constituer qu'une présomption en faveur de ce diagnostic à la période d'invasion. Par contre, ils constituent une certitude s'ils sont associés :

— *Chez la malade*, d'une part, au trépied symptomatique : anorexie, aménorrhée, amaigrissement, et, d'autre part, à l'état dépressif sur lequel nous nous sommes longuement étendus.

— Enfin, l'enregistrement électro-encéphalographique pourra peut-être, parallèlement à la théorie de « traces » que nous

avons évoquée, apporter une confirmation objective. Nous nous reportons en cela aux recherches de PACELLA qui trouve des rythmes lents de 12 à 16 cycles par seconde chez ces malades et à celles de Cl. BLANC qui décrit « un syndrome de décompensation psycho-électrique, transitoire et réversible, avec des foyers temporaux gauches dans les névroses d'angoisse, les névroses phobiques et les troubles psycho-somatiques... ». Il s'agit là d'une « preuve supplémentaire de l'existence d'interrelations continuelles à double sens entre les processus psychiques et biophysiques ».

## 2. — DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL.

### A. — A LA PÉRIODE D'INVASION.

- Invasion schizophrénique au début.
- Crise d'originalité juvénile.
- Syndrome d'échec, dont l'évolution future peut être, à elle seule, déterminante dans la confirmation ou l'infirmité du diagnostic.
- Certaines manifestations digestives, fonctionnelles.
- Mégaduodénomes.

### B. — A LA PÉRIODE DE DÉBUT COMME A LA PÉRIODE D'ÉTAT.

*avec certains syndromes anorexiques :*

— Syndrome anorexique dans l'hypochondrie : mais ici il existe une structure délirante, avec la participation des tendances psychasthéniques, dont on sait la ténacité et qui résistent à l'isolement et à la psychothérapie.

— Syndrome anorexique dans l'hystérie de conversion, où l'on note cependant une constitution émotive, des réactions égocentriques, des attitudes spectaculaires, des revendications affectives ou autres, une ostentation avec étalage complaisant de la maigreur...

— Syndrome anorexique dans la névrose obsessionnelle, ou plus exactement siliophobie, avec doutes, scrupules et bien sûr

phobies. Les aliments sont un objet de désir ou de crainte, l'alimentation s'accompagnant d'une lutte anxieuse et étant suivie de remords. Cependant les tendances obsessionnelles et compulsives de la pensée et des actes débordent souvent les inquiétudes alimentaires, ce peut être une structure obsessionnelle établie à un niveau psychotique de la structuration du moi.

— Syndrome anorexique dans les états schizoïdes qui sont caractérisés par un repliement sur soi-même, attitudes autistiques, rationalisation morbide littéraire ou religieuse, philosophique ou esthétique, etc..., en relation avec une régression affective devant les nécessités d'adaptation, l'appréhension des relations humaines et les conséquences du développement sexuel.

L'évolution de tels états schizoïdes peut se faire vers de véritables états schizophréniques, mais ne va pas généralement vers la discordance et est assez facilement réductible par la cure classique et la psychothérapie.

— Syndrome anorexique dans la schizophrénie, remarquable par son délire, sa discordance, sa désadaptation, son dédoublement, son autisme, etc...

#### *Avec certaines maigreurs :*

— Maigreurs hypophysaires de BICKEL (1934), AUGIER et CORNIL.

— Maigreurs fonctionnelles des jeunes filles (ALBEAUX-FERNET, JOAKI et CHABOT) où l'amaigrissement est moins marqué, l'anorexie moins absolue ou intermittente et l'aménorrhée plus tardive. Quant à la motivation psychologique, elle est plus facile à déterminer et à neutraliser, et enfin nous voyons l'amélioration survenir dès que la malade se sent dans une atmosphère compréhensive, justifiant le fait que sa personnalité psychique est moins engagée que dans les véritables anorexies mentales.

— Maigreurs nerveuses ou psychogènes qui se voient plus particulièrement au cours du post-partum. Nous les aurions exclues de ce cadre du fait que les règles sont généralement présentes si P. GUINET et J. VÉBRINNE n'avaient rencontré deux cas exceptionnels dans leur statistique.

*Avec certaines aménorrhées :*

— Aménorrhées hypothalamiques (aménorrhées dyspondérales de GILBERT-DREYFUS, aménorrhées psychogènes de NETTER et RENAUD, aménorrhées fonctionnelles dans la pratique médicale courante) qui sont consécutives à des traumatismes ou à des perturbations psycho-affectives. Gaston COTTE, de Lyon (1942), publiait à la Société Médicale des Hôpitaux, une série de 150 cas observés en sept mois. Elles peuvent être simples, avec engraissement, avec amaigrissement ou avec des manifestations hystériques.

Quoi qu'il en soit, le point de départ est toujours fonctionnel et non organique, se répercutant soit sur des fonctions métaboliques seules, ce sont les maigreurs, soit sur les relations tubéro-hypophysaires gonadotropes donnant une aménorrhée, soit sur les deux secteurs simultanément, réalisant le tableau au complet de l'Anorexie Mentale.

— Aménorrhées consécutives à l'administration ou à l'ingestion pendant un temps plus ou moins long de neuroleptiques.

*Avec certains états d'insuffisances endocriniennes secondaires à la sous-alimentation prolongée :*

L'élément différentiel clinique important avec l'Anorexie Mentale est la disparition de la pilosité pubienne et axillaire, alors que là il y a pilosité normale ou même hypertrichose.

*Avec la maladie de SIMMONDS-SHEEHAN* définie anatomiquement par une atteinte destructive de l'hypophyse qui est le plus souvent consécutive à un accouchement hémorragique, mais parfois aussi relève d'une cause tumorale, traumatique ou inflammatoire.

Si l'aménorrhée existe, étant cependant secondaire, s'il y a atrophie des organes génitaux externes ainsi qu'une atrophie mammaire, etc..., l'amaigrissement quant à lui ne survient qu'à la période terminale de la maladie.

*Avec certaines tumeurs de la région sus-sellaire :*

— Telle est l'observation d'un spongioblastome hypothalamique rapportée par LHERMITTE et DE MARTELL qui évolua pen-

dant trois ans sous le masque d'une Anorexie Mentale, il est vrai chez une petite fille.

— Telle est également l'observation rapportée par nos Maîtres DECHAUME, SCHOTT et BOURRAT, d'une jeune épileptique présentant un tableau d'Anorexie Mentale trainante chez qui l'on découvrit des calcifications sus-sellaires isolées et demeurées mystérieuses.

*Avec la maladie des laxatifs* (voir observation de VERCEL R. et ROSOY A.).

*Avec le syndrome de Turner* (voir PITTS F. et GUSE S.).

Dans le syndrome de Turner, il s'agit habituellement de jeunes filles de petite taille (1 m. 35), scolarisées mais d'un rendement médiocre, enfin très puériles.

A l'examen elles ont un cou court mais sans palmures, les glandes mammaires sont inexistantes, les organes génitaux infantiles mais bien différenciés, la pilosité pubienne et axillaire faisant défaut.

L'interrogatoire précise que l'aménorrhée est primaire ; au toucher rectal, on trouve un corps utérin très petit ; enfin la cœlioscopie confirme l'absence des deux ovaires qui peuvent être remplacés par un tractus blanc jaunâtre.

Enfin deux examens de laboratoire peuvent permettre d'éclaircir ce syndrome et préciser son origine :

— Le dosage des F.S.H. urinaires montre que ceux-ci sont très augmentés au delà de 50 unités-souris jusqu'à 150 unités-souris.

— Le comptage des chromosomes donne le plus souvent 45 chromosomes, le chromosome manquant étant un gonosome X, la formule réalisée étant du type X-zéro (la formule normale étant 44 autosomes et deux gonosomes XX ce qui fait 46 chromosomes).

### **Formes cliniques**

1. Forme clinique avec alternance de boulimie — anorexie et obésité — amaigrissement.
2. Forme anorexie-potomanie (HELD et CHERTOK).
3. Forme gémellaire (L. MICHAUX ; ALBEAUX-FERNET).
4. Forme masculine.

## CONCLUSIONS ET DEDUCTIONS THERAPEUTIQUES

Au terme de ce travail, au cours duquel nous avons parlé de l'étiopathogénie, développé l'anatomo-physiopathologie, abordé l'étude clinique, expliqué le diagnostic positif et différentiel, envisagé les formes cliniques, considéré l'évolution en dehors de la thérapeutique et avec celle-ci d'après notre statistique personnelle faite à la clinique Saint-Vincent-de-Paul, nous voulons insister :

— sur l'Anorexie Mentale essentielle en tant qu'entité pathologique ayant son cadre propre et sa symptomatologie spéciale ;

— sur sa similitude avec la dépression mélancolique et parfois même dans sa modalité maniaco-dépressive ;

— sur notre conviction de son origine, non pas rhinencéphalique et moins encore hypothalamique, mais corticale avec l'intervention des noyaux associatifs, et de ce fait :

— sur sa nature psychologique, avec la « mentalité particulière » de la malade et sa personnalité propre faite d'intellectualisme, de sublimation et de transcendance.

Nous estimons notre rôle ainsi : tendre, après avoir établi un bon contact avec la malade, à la mettre sur le même plan que nous-même, au besoin à comprendre certains aspects de son existence, à considérer ses faiblesses comme relatives, à lui redonner confiance dans ses possibilités humaines et dans sa participation à la dignité de l'homme. Il ne s'agit pas de lui imposer notre point de vue, mais de discuter son jugement, de rappeler son réalisme, de réussir à ébranler sa façon de penser en créant le doute, puis de l'aider à retrouver et à rétablir l'équilibre bio-physique et psychique, condition nécessaire de guérison.

L'Anorexie Mentale étant psychologique, c'est la psychothérapie par conséquent qui prime, qui demande comme corollaire l'isolement strict en milieu spécialisé, qui doit jouer le premier rôle, quitte à donner au départ la prééminence à la suralimentation surveillée en cas de danger vital provoqué par l'amaigrissement.

Cette psychothérapie que nous avons esquissée, qui va créer le doute, engendrera du même coup une situation d'angoisse, qui exigera en cas de nécessité, le recours à l'arsenal thérapeutique médicamenteux tels que les thymoanalytiques, les anxiolytiques, les neuroleptiques et très souvent même à la sismothérapie.

Tâche exaltante et difficile, bien sûr, mais combien attachante.

Y réussirons-nous !!

## CONCLUSIONS GENERALES

I. — Avec une revue générale des publications faites sur l'Anorexie mentale, il s'agit d'un travail personnel basé sur une statistique de 159 malades hospitalisés dans le même établissement entre 1940 et le 31 octobre 1964 et dont une enquête a pu permettre de préciser pour près de 100 d'entre elles, le devenir. Deux observations détaillées illustreront cette statistique.

II. — L'Anorexie mentale est une entité pathologique. Bien que ressemblant à la dépression mélancolique, elle a sa propre individualité avec sa symptomatologie somato-psychique. Ses mécanismes pathogéniques ne sont pas d'origine rhinencéphalique et moins encore hypothalamique mais cortical, principalement lobe pré-frontal et néo-cortex associatif.

Ainsi apparaît sa nature psychologique avec la mentalité particulière et la personnalité propre de la malade.

III. — La comparaison entre deux statistiques, l'une allant de 1940 à 1961 inclusivement, l'autre du 1<sup>er</sup> janvier 1962 au 31 octobre 1964, permet de chiffrer à 30,23 % l'augmentation de la fréquence annuelle de la maladie à notre époque.

Les évolutions vers la guérison spontanée restent exceptionnelles mais cependant possibles durant le temps de latence (période pré-événement choc) et parfois même à la période d'invasion. Il faut alors des conditions familiales favorables.

Les rechutes après une première hospitalisation sont encore fréquentes : 36,23 % contre 56,5 % de guérisons. En définitive, elles se réduisent après une deuxième hospitalisation et tombent à 10,14 % d'échecs contre 79,71 % de guérisons totales. Intervient dans la guérison de ces rechutes, la modalité de leur traitement :

cure classique d'isolement en milieu hospitalier, cure mixte, traitement ambulatoire. Il apparaît que la cure classique donne les meilleurs résultats.

IV. — Dans la thérapeutique, c'est la psychothérapie qui prime. L'isolement strict en milieu spécialisé est indispensable. La suralimentation surveillée peut s'imposer au départ en cas de danger vital du fait de l'amaigrissement.

La psychothérapie qui tendra à ramener ces malades à une conception plus humaine de l'existence et à une vision plus réaliste du monde pourra engendrer des situations d'angoisse qui obligeront à utiliser les médications psychotropes et même la sismothérapie.

*Vu :*

*Le Doyen,*

J.-F. CIER

*Vu :*

*Le Président de la Thèse,*

J. DECHAUME

*Vu et permis d'imprimer : Lyon, le 20 Novembre 1964.*

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,

P. LOUIS

## BIBLIOGRAPHIE

- ABELY Paul, RONDEPIERRE Michèle (Mme) et GELMANN Charles. — A propos des maladies de l'appétit. Les hyperorexies féminines pathologiques et leur fréquente évolution vers la toxicomanie. Leur opposition et leurs quelques points communs avec l'anorexie. Leur thérapeutique. *Annales Médico-Psychologiques*, 121<sup>e</sup> année, T. 2, N° 4, novembre 1963.
- ABELY Xavier. — Analyses : la personnalité de l'enfant. *Annales médico-Psychologiques*, 121<sup>e</sup> année, T. 1, N° 2, février 1963.
- AJURIAGUERRA J. (De) et HECAEN H. — Le cortex cérébral. Masson et Cie, éditeur, 1960.
- ALAJOUANINE T., VILLEY R., NEHLIL J., HOUDART R. — Troubles de l'appétit et rhinocéphale. A propos plus particulièrement d'un cas régressif d'obésité par hyperphagie consécutif à une lobectomie temporale pour épilepsie. *Presse Médicale*, 1957, 65, 1385-1387.
- ALBEAUX-FERNET M. — L'anorexie mentale. *La Revue du Praticien*, 11 octobre 1961, T. XI, N° 26.
- AUBERT L., DETOLLE P., VEZA M. et BRUNO M. — Le praticien devant les maladies par anomalies chromosomiques. *Le Concours Médical*, 83<sup>e</sup> année, 5-12 août 1961, N° 32-32.
- BARRÉ C., BECK H. et Coll. — Anorexie mentale et perte de la soif (adipsie). *Semaine des Hôpitaux*, 40<sup>e</sup> année, N° 12, 8 mars 1964.
- BEAUPÈRE A. et FRANÇOIS R. — L'anorexie mentale du nourrisson. *Journal de Médecine de Lyon*, 44<sup>e</sup> année, N° 1040, 5 octobre 1963.
- BLANC Cl. — Le cerveau et les théories psychiatriques (axiologie et épigénèse dans la neurobiologie des névroses). *Evolution Psychiatrique*, année 1964, T. XXIX, Fascicule II, avril-juin.
- BLICKENSTORFER Edwin (de Zurich). — Une psychothérapie spéciale d'une jeune fille atteinte d'anorexie nerveuse. *Medicina Psicosomatica*, Vol. 7, N° 1, janvier-mars 1962.
- BOREL J. — Réflexion sur l'anorexie mentale. *Annales Médico-Psychologiques*, 121<sup>e</sup> année, T. 2, N° 5, décembre 1963.
- BOURRAT Ch. — Rappel physiologique du mécanisme de la faim. *Journal de Médecine de Lyon*, 44<sup>e</sup> année, N° 1040, 5 octobre 1963, Bibliographie.
- BRICAIRE H. et LEPRAT J. — L'insuffisance antéhypophysaire de l'adulte. Problèmes cliniques et thérapeutiques. *La Revue du Praticien*, T. X, N° 18, 21 juin 1960.

- BRICOUT J. — Conférences d'internat des hôpitaux psychiatriques de la Seine. A.G.E.M.P., Polycopie, éditions 1961-1962.
- CARRIER Jean. — *Thèse* Lyon, mars 1939. Un vol. 350 pages. Imp. Le François.
- CARRIER Jean. — L'anorexie mentale des adolescentes. *Journal de Médecine de Lyon*, 44<sup>e</sup> année, N° 1040, 5 octobre 1963, Bibliographie.
- CARRIER Jean. — Méconnaissance de l'anorexie mentale. Congrès méd. neurol. et alién. de langue française, Montpellier, octobre 1942.
- CASTETS Bruno, LEFORT R. et REYMS M. — Remarques sur quelques incidences de la séparation de l'enfant d'avec son milieu familial en thérapeutique infantile. *Annales Médico-Psychologiques*, 120<sup>e</sup> année, T. 2, n° 3, décembre 1962.
- CODERCH J. — Adolescence et individualisation. *Rev. de Psiq. Psicol. Medica*, Barcelonè, 1963, VI, 2.
- COTTE G. — Réflexion sur une série de 150 aménorrhées de guerre. *Lyon Médical*, N° 13, 263-266, 1943.
- DECHAUME J., SCHOTT B., BOURRAT Ch. — Boulimie avec obésité, anorexie avec maigreur, chez deux malades porteurs de calcifications de siège hypothalamique probable. *Lyon Médical*, 1962, 811-832.
- DECHAUME J. — De l'unité somato-psychique. *Journal de Médecine de Lyon*, 20 octobre 1943.
- DECOURT J. — Comment je traite... les anorexies mentales. *Vie Médicale*, 44<sup>e</sup> année, Médecine et thérapeutique, avril 1963.
- EY Henri, BERNARD P. et BRISSET Ch. — Manuel de psychiatrie. Masson et Cie, éditeurs, 1960.
- FABRI Widnner et ALBERTI Giorgio (de Varèse). — Contribution à l'étude psychopathologique de l'anorexie mentale et à son encadrement nosographique à travers une exploration par le test de Rorschach. *Rassegna di Neuropsichiatria*, Vol. 15, N° 5, 1961.
- FESSARD A., GÉRARD R.W. et KONORSKI J. — Mécanismes cérébraux et apprentissage. Symposium organisé par le conseil pour les organismes internationaux des sciences médicales, sous les auspices de l'UNESCO et de l'Organisation Mondiale de la Santé. Editions Masson et Cie, Paris, 1961.
- GORINS André. — Le syndrome de Sheehan. *La Vie Médicale*, 41, novembre 1960.
- GUINET P. et VÉDRINE J. — Les données endocrinologiques de l'anorexie mentale. *Journal de Médecine de Lyon*, 44<sup>e</sup> année, N° 1040, 5 octobre 1963, Bibliographie.

- GUYOTAT J. — L'hérédité en psychiatrie. *R.A.L.E. - C.M.L.*, T. 36, N° 5, mai 1960.
- KING Arthur. — Anorexie mentale primaire et secondaire. *The British Journal of Psychiatry*, Vol. 109, N° 461, juillet 1963.
- LEDESMA-JIMENO M.A. — Neuropathologie de l'affectivité. *Actas Luso-Espanolas de Neurologia y Psiquiatria*, Vol. 21, N° 2, juin 1962.
- MUCCHIELLI Roger. — La personnalité de l'enfant. Editions Sociales Françaises, 1962.
- NAVIAU (Mme), BARRÉ Cl. et DUQUENNE J.P. — Un cas d'anorexie mentale. *Annales Médico-Psychologiques*, 122<sup>e</sup> année, T. 1, N° 2, février 1964.
- PARIENTÉ M., TRILLAT E. — Troubles des conduites alimentaires. *Encyclopédie Médico-Chirurgicale*, T. 1 (Psychiatrie), 105, C. 10.
- PITTS F. et GUSE S. — Anorexie nerveuse et dysgénésie gonadale (syndrome de TURNER). *The American Journal of Psychiatry*, Vol. 119, N° 11, mai 1963.
- PLICHET Marianne. — Anorexie mentale. Etude des facteurs psychiques. *Thèse*, Paris, 1958, Imp. Foulon. Bibliographie.
- PUJOL R., PACHE D. (Mme), BILLE J. et CHABERT G. — Anorexie mentale évoluant depuis douze ans. Guérison symptomatique par sismothérapie. *Société de Psychiatrie de Marseille et du Sud-Est Méditerranéen*.
- ROSSINI R. (de Modène). — Problèmes psychiatriques de l'adolescence et de la puberté. *Rivista Sperimentale di Freniatria*, Vol. 86, Fascicule 3, 30 septembre 1962.
- SIVADON P. — Sur une théorie immunologique des maladies mentales. *Annales Médico-Psychologiques*, 122<sup>e</sup> année, T. 1, N° 3, mars 1964.
- TAPIERO G. — Les aménorrhées. I) Etude physiopathologique : Déductions cliniques et thérapeutiques. *Le Concours Médical*, 20, V, 1961, 2879-2887. — II) Les aménorrhées pubertaires. *Le Concours Médical*, 3, VI, 1961, 3169-3178.
- TEPE Valfredi (de Sao-Paulo). — Psychologie, psychothérapie et éthique. *Revista de Psicologia Normal Patologica*, Sao-Paulo, 7<sup>e</sup> année, N° 1-2-3, janvier-septembre 1961.
- VALLET R. — La participation volontaire dans la conduite hystérique. *L'Evolution Psychiatrique*, année 1963, T. XXVIII, Fascicule III, juillet-septembre.

VERCEL R. et ROSOY A. — Un cas de cachexie hypophysaire secondaire par abus systématique de laxatifs : incidence psychosomatiques. *Annales Médico-Psychologiques*, 120<sup>e</sup> année, T. 2. N° 5, décembre 1962.

*La Revue du Praticien*. — Numéro sur les maigreurs et amaigrissements, 11 octobre 1961, T. XI, N° 26.

## TABLE DES MATIERES

|                    |    |
|--------------------|----|
| INTRODUCTION ..... | 19 |
|--------------------|----|

### *Chapitre I*

|                                         |    |
|-----------------------------------------|----|
| HISTORIQUE .....                        | 21 |
| Conception nerveuse .....               | 21 |
| Conception endocrinienne univoque ..... | 22 |
| Conception psycho-somatique .....       | 22 |

### *Chapitre II*

|                                                      |    |
|------------------------------------------------------|----|
| ETUDE STATISTIQUE ET OBSERVATIONS PERSONNELLES ..... | 25 |
| Etude statistique .....                              | 25 |
| Observations personnelles .....                      | 29 |
| — Première observation .....                         | 31 |
| — Deuxième observation .....                         | 44 |

### *Chapitre III*

|                               |    |
|-------------------------------|----|
| ETUDE ÉTIO-PATHOGÉNIQUE ..... | 51 |
| Préliminaires .....           | 51 |
| Etio-pathogénie .....         | 55 |

### *Chapitre IV*

|                      |    |
|----------------------|----|
| CLASSIFICATION ..... | 69 |
|----------------------|----|

### *Chapitre V*

|                                                         |    |
|---------------------------------------------------------|----|
| ETUDE ANATOMO-PHYSIO- PATHOLOGIQUE.....                 | 71 |
| Généralités : Notions de fonction et de comportement .. | 71 |
| Données anatomo-physio-pathologiques .....              | 73 |
| Mécanismes physio-dynamiques et pathologiques .....     | 78 |
| Conclusions .....                                       | 84 |

*Chapitre VI*

|                                                                        |     |
|------------------------------------------------------------------------|-----|
| ETUDE CLINIQUE .....                                                   | 87  |
| Rappel des notions étiologiques et statistiques .....                  | 87  |
| Anorexie mentale des jeunes filles ; ses différentes<br>périodes ..... | 89  |
| Etude évolutive .....                                                  | 94  |
| Etude diagnostique .....                                               | 95  |
| Forme clinique .....                                                   | 100 |
| CONCLUSIONS GÉNÉRALES ET DÉDUCTIONS THÉRAPEUTIQUES ....                | 101 |
| BIBLIOGRAPHIE .....                                                    | 103 |



